المجلة العربية للعلوم الادارية
مجلد ٤، عدد ١، نوفمبر ١٩٩٦، ٩ - ٤١

قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الادراكات والتوقعات: دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت

ثابت عبد الرحمن إدريس
جامعة الكويت
دولـة الكويت

يعد هذا البحث امتداداً للدراسات الحديثة التي تهتم بقياس جودة الخدمة، وذلك بتطبيق مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات (SERVQUAL) في مجال الخدمة الصحية الحكومية في دولة الكويت. وقد كشفت نتائج التحليل عن وجود فجوة سلبية بين توقعات المرضى لبعض مظاهر جودة الخدمة الصحية مثل الشعور بالأمان، والتعاطف، والأجهزة والمعدات الطبية، وبين إدراكات الادارة في هذه المؤسسات لمثل هذه التوقعات، وذلك بما يعكس عجز الادارة عن إدراك احتياجات ورغبات المرضى . ومن ناحية اخرى، تبين أن هناك فجوة سلبية اكثر وضوحاً بين ما يتوقعه المرضى لمظاهر جودة هذه الخدمة كافة وبين إدراكاتهم للأداء الفعلي للخدمة المقدمة، وذلك بما يعكس عدم قدرة هذه المؤسسات على مقابلة توقعات المرضى نحو هذه الخدمة، ومن ثم انخفاض مستوى جودتها. كما اظهرت النتائج أن مقياس الفجوة يتمتع بدرجة عالية إلى حد ما بالثبات والمصداقية في تفسير التباين في الجودة الكلية المدركة للخدمة الصحية ، وتحديد الأهمية النسبية لأبعادها ومظاهرها المختلفة.

على الرغم من وجود إدراك ووعي متزايدين في السنوات الأخيرة لدى الباحثين والممارسين في صناعة الخدمات بأهمية الجودة وآثارها في كل من الإنتاجية (Gavin, 1983) والحصة السوقية والعائد على الاستثمار (Jacobson and Aaker, 1987; Philips *et al,* 1983; Shapiro ,1983) والتمايز في السوق (Brown and Swartz, 1989; Coyne, 1989) ورضاء العملاء (Babakus and Mangold, 1992; Bolton and Drow, 1991; Cronin and Taylor, 1992; Parasuraman *et al*, 1988).

تم تسلُّم البحث في نوفمبر ١٩٩٥، وأجيز للنشر في فبراير ١٩٩٦.

فإن قياس جودة الخدمة مازال حديث العهد وموضع جدل بين الباحثين من ناحية، وغير مستخدم بطريقة منهجية من جانب الإدارة في منظمات الخدمات من ناحية أخرى.

وكما أشار Parasuraman *et al* (1990) فإنه قبل عام ١٩٨٥ لم يكن هناك إلا عددٌ محدودٌ من الكتابات والدراسات التي تناولت مفاهيم جودة الخدمة وأبعادها دون أن تتطرق إلى أساليب قياسها وتقييمها (Gronroos, 1984; Gavin, 1983; Frank and Sasser, 1982; Lehtinen and Lehtinen, 1982; Lewis and Booms, 1983; McConnell, 1968; Sasser *et al*, 1978l; Swan and Camb, 1979).

وتنسب أول محاولة جادة لقياس جودة الخدمة إلى Parasuraman *et al* (1985) حيث تمكن هؤلاء الباحثون من تصميم مقياسهم الشهير"SERVQUAL" واختباره لقياس ما يعرف بالفجوات الخمس لجودة الخدمة. ومع تطبيق هذا المقياس من جانب بعض الباحثين المهتمين بقضية قياس جودة الخدمة فقد استحوذ على القبول والتأييد لمصداقيته وإمكان تطبيقه عملياً، لكنه من ناحية أخرى أثار اهتمام عدد آخر من الباحثين الذين حاولوا التشكيك في طريقة القياس الخاصة بالوصول إلى الفجوة ما بين توقعات العملاء لجودة الخدمة وإدراكاتهم للأداء الفعلي للخدمة التي يحصلون عليها، الأمر الذي دفعهم إلى تقديم مقياس آخر بديل أطلق عليه "SERVPERF". ويعتمد المقياس الأخير علي طريقة أكثر بساطة في قياس جودة الخدمة باستخدام اتجاهات العملاء نحو الأداء الفعلي للخدمة المقدمة لهم (Cronin and Taylor, 1992).

وعلى الرغم من أن تعدد المقاييس الخاصة بجودة الخدمة يعكس الاهتمام الكبير من جانب الباحثين بقضية قياس تلك الجودة وتقييمها، فإنه أصبح يمثل على مستوى البحث أو التطبيق مشكلة بسبب الجدل المعاصر حول أكثر هذه المقاييس ثباتاً ومصداقية وواقعية. ولعل ما توصل إليه رواد قياس جودة الخدمة من اتفاق حول ضرورة استمرارية تطبيق كل من المقياسين المتنافسين SERVPERF وSERVQUAL من جانب الباحثين الآخرين للإسهام في معالجة كافة القضايا المعلقة أو موضع الجدل بينهم (Carman, 1990; Cronin and Taylor, 1994; Parasuraman *et al*, 1994; Teas, 1993, 1994) ما يبرر الحاجة إلى القيام بدراسات إضافية في ظروف ومجالات متنوعة لقياس جودة الخدمة.

مشكلة البحث

يواجه كل من الباحثين والممارسين في مجال تسويق الخدمات مشكلة هامة تتعلق بكيفية قياس جودة الخدمة وتحديد أبعادها الرئيسية من ناحية، وتوافر المقاييس الأكثر مصداقية وقبولاً في التطبيق العملي من ناحية أخرى. ولقدأسهمت المجهودات البحثية الحديثة من خلال ما قدمته من مقياس

الادراكات/ التوقعات، ومقياس الأداء الفعلي للخدمة في معالجة الشق الأول من هذه المشكلة. لكن الجدل المعاصر الذي يتعلق بهذين المقياسين، وكذلك عدم الاتفاق حتى الآن على وجود مقياس واحد مقبول وصالح للتطبيق على أنواع الخدمات جميعاً أدى إلى عجز واضح في معالجة الشق الثاني للمشكلة نفسها وحسمها.

وبناء على ذلك لم يعد أمام الباحثين والممارسين والمهتمين بقضية جودة الخدمة وتقييمها سوى خيار واحد هو إجراء المزيد من الدراسات التطبيقية في صناعات متنوعة من الخدمات للتحقق من ثبات كل من هذين المقياسين ومصداقيتهما وصلاحيتهما، ومن ثم الإسهام في حسم الجدل والخلاف في هذا الصدد. وهذا ما تسعى إليه الدراسة الحالية من خلال تبني مقياس الادراكات/ التوقعات "SERVQUAL" في قياس وتقييم جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية في دولة الكويت. ويمكن ترجمة مشكلة هذا البحث إلى مجموعة من التساؤلات التي تحتاج، من خلال التقصي والتحليل، إلى تقديم إجابات واضحة دقيقة، وذلك على النحو التالي:

(أ) هل هناك فجوة بين توقعات العملاء (المرضى) لمظاهر جودة الخدمة الصحية وبين إدراكات الادارة في المستشفيات والمستوصفات الحكومية لتوقعات العملاء (المرضى)؟ وكيف يمكن قياسها؟

(ب) هل هناك فجوة بين توقعات العملاء (المرضى) لمظاهر جودة الخدمة الصحية التي تقدمها هذه المؤسسات وبين إدراكاتهم لمستوى هذه الخدمة عند الحصول عليها بالفعل؟ وكيف يمكن قياسها؟

(جـ) ما هي درجة الثبات والمصداقية التي يتمتع بها مقياس الادراكات/التوقعات SERVQUAL في قياس أبعاد جودة الخدمة الصحية ومظاهرها؟

(د) هل مقياس الادراكات/التوقعات يمكن أن يسهم بدلالة في تفسير التباين في مستويات إدراك العملاء (المرضى) للجودة الكلية للخدمة الصحية التي تقدمها هذه المؤسسات الخاضعة للدراسة؟

(هـ) هل مقياس الادراكات/ التوقعات يمكن أن يعاون الإدارة في هذه المؤسسات على تحديد المحددات الرئيسية لجودة الخدمة الصحية التي يمكن التركيز عليها في التطبيق العملي لتحسين هذه الجودة وتطويرها؟

وتعد هذه الدراسة امتداداً للتطبيقات الحديثة في قياس جودة الخدمة (e.g., Babakus and Boller, 1992; Babakus and Mangaold, 1992; Boulding *et al*, 1993; Ferguson *et al*, 1993; McAlexander, 1994; Nel and Pitt, 1993; Samson and Parker, 1994; Teas,1993 ,1994). كما أنها أيضا امتدادٌ لمحاولات الباحث السابقة في هذا الصدد بالتطبيق على السوق العربية (إدريس والمرسي، ١٩٩٣ ، ١٩٩٥ ;Edris and Al - Ghais, 1996).

أهداف البحث

يهدف البحث إلى ما يلي:

(أ) الكشف عن درجة التطابق أو الفجوة بين توقعات المرضى لمظاهر جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات والمستوصفات الحكومية وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات من ناحية، وبين توقعات المرضى وإدراكاتهم للأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة إليهم من ناحية أخرى.

(ب) التحقق من ثبات ومصداقية مقياس الادراكات/التوقعات SERVQUAL في قياس جودة الخدمة الصحية ، وكذلك صلاحيته في تحديد أبعاد هذه الجودة.

(جـ) تقييم مقياس الادراكات/ التوقعات من حيث قدرته على تفسير التباين في الجودة الكلية المدركة للخدمة الصحية من جانب المرضى.

(د) التوصل إلى دليل عملي للمحددات الرئيسية لجودة الخدمة الصحية كما يراها المستفيدون منها، والتي يمكن أن تعاون المسؤولين عن الخدمة الصحية الحكومية في الكويت في وضع البرامج الخاصة بتحسين الجودة الشاملة لهذه الخدمة.

الدراسات السابقة

يمكن التعرض إلى الدراسات السابقة التي تناولت جودة الخدمة في السنوات القليلة الماضية من خلال زاويتين رئيستين، وذلك على النحو التالي:

أبعاد جودة الخدمة

تتفق الدراسات الحديثة على أن مفهوم جودة الخدمة ينعكس من خلال تقييم العميل أو المستفيد من الخدمة لدرجة الامتياز أو التفوق الكلي في أداء الخدمة (Bolton and Drew, 1991; Cronin and Taylor, 1992; Parasuraman *et al,* 1985; Zeithaml *et al,* 1990). كما تتفق هذه الدراسات على أن جودة الخدمة من المفاهيم المجردة التي يصعب تعريفها بدقة، وذلك بسبب الخصائص التي تنفرد بها الخدمات مقارنة بالسلع المادية. ومن ناحية أخرى، فإن المحاولات الخاصة بتحديد الأبعاد التي تتكون منها جودة الخدمة متعددة ومتنوعة. على سبيل المثال يميز Sasser *et al* (1979) بين ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة هي : الجوانب المادية، والتسهيلات، والأفراد. على حين يرى Lehtinen and Lehtinen (1982) أن الجودة في مجال الخدمات تتجسد في ثلاثة أبعاد أساسية هي : الجودة المادية التي تتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة ، وجودة المنظمة التي تتعلق بصورة المنظمة أو الانطباع الذهني عنها، والجودة التفاعلية التي تمثل نتاج عمليات التفاعل بين العاملين بالمنظمة وبين العملاء. وفي تصنيف آخر للباحثين نفسيهما عن جودة الخدمة نجد أنهما يميزان بين جودة العمليات التي يحكم عليها العملاء أثناء تأدية الخدمة، وبين جودة المخرجات التي يحكم عليها العملاء بعد أداء وتقديم الخدمة بالفعل. ويتفق Le Blanc and Nguyen (1988) مع الدراسة السابقة حول أبعاد جودة الخدمة.

ويدعي Gronroos (1984) أن هناك ثلاثة أبعاد رئيسية للجودة هي الجودة الفنية وقد عبر عنها بالسؤال :مالذي يتم تقديمه؟ حيث يمكن قياسها من خلال العميل وبطريقة موضوعية إلى حد ما، والجودة الوظيفية، وهي التي تتعلق بالعمليات الخاصة بتقديم الخدمة وقد عبر عنها بالسؤال : كيف تتم عملية تقديم الخدمة؟ ويعكس هذا البعد عملية التفاعل بين البائع والمشتري. كما أن البعد الوظيفي يعتبر في رأي Gronroos مهماً وحاسماً في الحكم على جودة الخدمة. أما البعد الثالث لجودة الخدمة فإنه يتعلق بالانطباع الذهني عن المنظمة، إلا أن هذا البعد الأخير يتوقف إلى حد بعيد على تقييم العملاء للجوانب الفنية والوظيفية للخدمة. ويؤيد Richardson and Robinson (1980) المدخل الأخير في تحديد أبعاد جودة الخدمة.

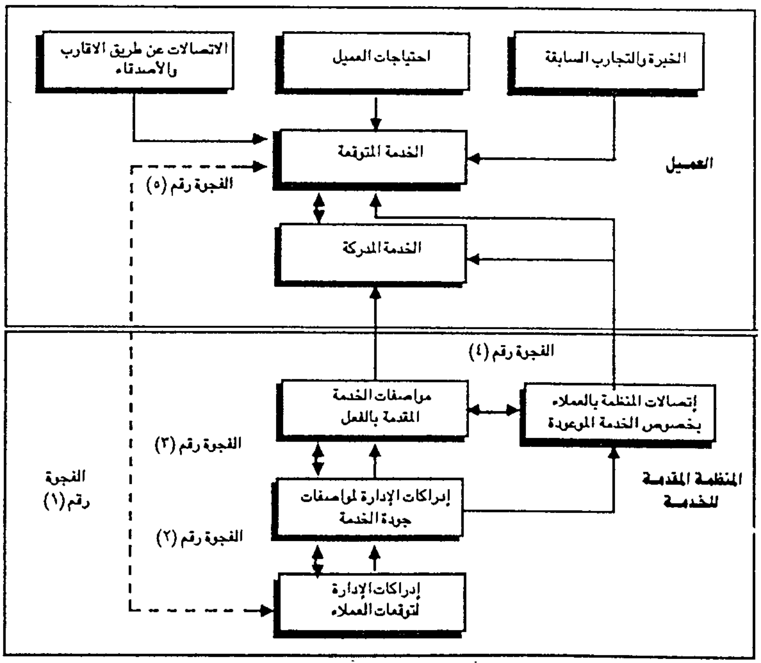
وتعد مجهودات Berry *et al* (1985) وكذلك الدراسة الشهيرة التي قدمها Parasuraman *et al* (1985) حول قياس جودة الخدمة من أهم الإسهامات في الأدب التسويقي حول تحديد أبعاد جودة الخدمة ومكوناتها. فقد توصل هؤلاء الباحثون إلى أن المظاهر الرئيسية لجودة الخدمة التي يبني عليها العملاء توقعاتهم وإدراكاتهم، ومن ثم الحكم عليها تتمثل في عشرة أبعاد هي : النواحي المادية الملموسة في الخدمة، والاعتمادية، والاستجابة، والاتصالات، والمصداقية، والأمان، والجدارة، والتعاطف، وتفهم احتياجات العملاء وسهولة التعامل. وفي دراسة لاحقة تمكن Parasuraman *et al* (1988) من دمج هذه الأبعاد العشرة في خمسة فقط، وهي المظاهر المادية الملموسة في الخدمة، والاعتمادية ، والاستجابة، والأمان ، والتعاطف. كما احتوت هذه الأبعاد على اثنتين وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد.

قياس جودة الخدمة

تشير الدراسات السابقة إلى أن هناك أسلوبين رئيسيين لقياس جودة الخدمة ينسب أولهما إلى Parasuraman *et al* (1985)، وهو الذي يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة (أو التطابق) بين هذه التوقعات والادراكات وذلك باستخدام الأبعاد الخمسة الممثلة لمظاهر جودة الخدمة والمشار إليها من قبل. وأطلق على هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة اسم مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL . ويؤكد هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة ما توصل إليه كل من Gronroos (1984) و Lewis and Booms (1983) حول مفهوم جودة الخدمة كتعبير لمطابقة مستوى الخدمة المقدمة لتوقعات العملاء. وقد توصلت الدراسة التي أجراها Parasuraman *et al* (1985) إلى أن المحور الأساسي في نموذج قياس جودة الخدمة هو الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته حول جودة هذه الخدمة، ولكن هذه الفجوة تعتمد من ثم على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وتسويقها وتقديمها. أي بالإضافة إلى فجوة الإدراكات / التوقعات للعملاء هناك أربع فجوات أخرى تتلخص فيما يلي (انظر الشكل١):

شكل ١

نموذج SERVQUAL لقياس جودة الخدمة



المصدر: Parasuraman *et al* (1985: 44).

الفجوة رقم (١): وتنتج عن الاختلاف بين توقعات العملاء لمستوى الخدمة وبين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبات العملاء المتوقعة.

الفجوة رقم (٢): وتنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل وبين إدراكات الإدارة لتوقعات العملاء. بمعنى أنه حتى لو كانت حاجات العملاء المتوقعة ورغباتهم معروفة للإدارة، فإنه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بموارد المنظمة أو التنظيم، أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة.

الفجوة رقم (٣): وتظهر بسبب كون مواصفات الخدمة المقدمة بالفعل لا تتطابق مع ما تدركه الإدارة بخصوص هذه المواصفات. وقد يرجع ذلك إلى تدني مستوى مهارة القائمين على أداء الخدمة، والذي يرجع بدوره إلى ضعف القدرة والرغبة لدى هؤلاء العاملين.

الفجوة رقم (٤): وتنتج عن الخلل في مصداقية منظمة الخدمة، بمعنى أن الوعود التي تقدمها المنظمة حول مستوى الخدمة من خلال الاتصال بالعملاء (البيع الشخصي والمجهودات الترويجية الأخرى) تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة ومواصفاتها بالفعل.

هذا وتمثل فجوة الادراكات / التوقعات للعملاء الفجوة الخامسة في النموذج. ولقد حظيت كل من الفجوة الأولى والخامسة باهتمام الباحثين والمهتمين بقياس جودة الخدمة، وذلك بالتطبيق على خدمات متنوعة منها الخدمة المصرفية، والنقل الجوي، والتعليم، والوجبات السريعة، والخدمة الصحية، والخدمة الهندسية الاستشارية ، وخدمة التنظيف الجاف، وخدمة المعلومات الفنية المقدمة لمندوبي البيع في الصناعات المتقدمة تكنولوجيا (على سبيل المثال، إدريس والمرسي،١٩٩٣، ١٩٩٥ Babakus and Mangold, 1992; Brown and Swartz, 1989; Edris and Al-Ghais, 1996; Ferguson *et al*, 1993; Nel and Pitt, 1993; O'Conner *et al*, 1994; Samson and Parker, 1994).

أما الأسلوب الثاني لقياس جودة الخدمة فقد جاء نتيجة للانتقادات التي وجهت من جانب بعض الباحثين إلى نموذج الفجوة (Bitner, 1990; Bolton and Drew, 1991; Carman, 1990) ، وينسب إلى (1992) Cronin and Taylor. ويرفض الأسلوب الثاني في قياس جودة الخدمة فكرة الفجوة بين إدراكات العملاء وتوقعاتهم، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للعميل على اعتبار أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات. وأطلق على الأسلوب الجديد في قياس جودة الخدمة مقياس الأداء الفعلي أو SERVPERF. ولم يختلف الأسلوب الجديد عن سابقه في الأبعاد المستخدمة في قياس مظاهر جودة الخدمة الخاصة بالجوانب الملموسة، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف. وكما يرى أصحاب هذا المقياس فإنه يتميز عن سابقه بالبساطة وسهولة الاستخدام، وكذلك بزيادة درجة مصداقيته وواقعيته لأنه يستبعد عمليات الطرح بين توقعات العميل وإدراكاته لمستوى الخدمة. إلا أن الأسلوب الثاني في القياس لم يسلم كذلك من الانتقادات، وإن تركز معظمها حول محدودية قيمة النتائج المستخلصة نظراً لتجاهله لتوقعات العملاء، ومن ثم تحديد الفجوة. إضافة إلى بعض الانتقادات الخاصة بمنهجية القياس والطرق الإحصائية المستخدمة للتحقق من ثباته ومصداقيته (Parasuraman *et al*, 1994; Teas, 1993, 1994). لكن بعض الدراسات اللاحقة نجحت في تأكيد ثبات مقياس SERVPERF ومصداقيته في التطبيق العملي (إدريس والمرسي،١٩٩٣، Babakus and Boller, 1992; Boulding *et al*, 1993; Edris and Al - Ghais, 1996; (McAlexander *et al*, 1994). ومازال الجدل مستمراً حول فاعلية كل من هذين المقياسين لجودة الخدمة، وانقسم الباحثون إلى فريقين ما بين مؤيد ومعارض لكل مقياس منهما. الأمر الذي يستوجب ضرورة القيام بمزيد من الدراسات التطبيقية للإسهام في حسم هذا الجدل.

منهج البحث

فرضيات البحث

تم تصميم هذا البحث ليكون موجهاً بثلاثة فرضيات رئيسية تتعلق بكل من الاختلافات والعلاقات المتوقعة بين المتغيرات الخاضعة للدراسة وذلك على النحو التالي:

الفرضية الأولى: لا يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية بين ما يتوقعه المرضى لمظاهر جودة الخدمة

الصحية المقدمة من المستشفيات والمستوصفات الحكومية وإدراكات الإدارة في هذه المؤسسات لهذه التوقعات (الفجوة الأولى في مقياس SERVQUAL).

الفرضية الثانية: لا يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية بين توقعات المرضى لمظاهر جودة الخدمة الصحية المقدمة من جانب المستشفيات والمستوصفات الحكومية وبين إدراكاتهم لمستوى الأداء الفعلي لهذه الخدمة (الفجوة الخامسة في المقياس نفسه).

الفرضية الثالثة: لاتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمة الصحية وفقاً لنتائج فجوة الإدراكات / التوقعات الخاصة بالمرضى وبين الجودة الكلية المدركة لهذه الخدمة من جانب المرضى، مأخوذة بصورة إجمالية، ولكل بعد على حدة.

مجتمع الدراسةوعينتها

تم تطبيق هذه الدراسة على قطاع الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات والوحدات الصحية الحكومية في دولة الكويت. وقد تم اختيار هذا القطاع من بين قطاعات الخدمات لأسباب عدة في مقدمتها نتائج الدراسة الاستطلاعية التي أظهرت أنه من بين القطاعات الخدمية العامة التي تزايدت شكاوي وانتقادات المواطنين لمستوى جودة الخدمة التي يحصلون عليها منها ولا سيما في السنوات الأخيرة. كما أن الخدمة الصحية ذاتها تعد من الخدمات التي يألفها المواطنون على اختلاف خصائصهم الديموغرافية، ومن ثم يسهل عليهم الحكم على مستوى أدائها وتقييم جودتها. وأخيراً إدراك الباحث لضرورة أن تشمل الخدمة الصحية أشكالها المختلفة التي يتم تلقيها على فترات زمنية مختلفة. ونظراً لتعدد أنواع مؤسسات هذا القطاع (مستشفيات، مستوصفات ومجمعات، عيادات أسنان، مراكز رعاية أمومة وطفولة، مراكز صحة وقائية، عيادات مدرسية) فقد تقرر تحديدها لتكون قاصرة على المستشفيات والمستوصفات الحكومية فقط. وقد تم اختيار أكبر خمسة مستشفيات حكومية غير متخصصة (تمثل حوالي ٥٠٪ من إجمالي عدد المستشفيات الحكومية)،وذلك على أساس متوسط عدد المرضى المقبولين سنوياً بالإضافة إلى ١٨ مستوصفاً حكومياً تمثل المناطق الجغرافية المختلفة في الكويت(وزارة التخطيط - الإدارة المركزية للإحصاء، ١٩٩٤).

انصبت هذه الدراسة على نوعين من مجتمع البحث، الأول يتمثل في مختلف المواطنين الكويتيين الذين سبق لهم الاستفادة من واحدة أو أكثر من الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات والمستوصفات الحكومية. والثاني ويشتمل على جميع المديرين في المستويات الإدارية المختلفة في هذه المؤسسات. وبالنسبة لمجتمع المواطنين فقد تم استبعاد غير الكويتيين المقيمين في دولة الكويت لتقليل احتمالات التحيز في الحكم على جودة الخدمة . ونظراً لضخامة حجم كل من مجتمع المواطنين والمديرين، ولقيود الوقت والتكلفة فإنه تقرر الاعتماد على أسلوب العينات. لذلك، تم سحب عينتين مستقلتين تمثلان كلا المجتمعين.

وبلغ حجم عينة المستهلكين للخدمة الصحية ٣٨٤مفردة، تم حسابها في ضوء بعض الافتراضات (بازرعة، ١٩٨٩؛Sudman, 1976) التي تمثلت في أن مجتمع الدراسة في حدود ٥٠٠,٠٠٠ مفردة، ونسبة المفردات التي تتوافر فيها الخصائص المطلوب دراستها ٥٠٪، ونسبة الخطأ المسموح به عند مستوى معنوية ٥٪ . إلا أنه تقرر زيادة حجم هذه العينة إلى ٥٠٠ مفردة بغرض تحقيق معدلات عالية للاستجابة عند جمع البيانات. أما عينة المديرين فقد بلغ حجمها ٣٢٢ مفردة (حوالي ٥٠٪ من إجمالي عدد المديرين في المستشفيات والمستوصفات المختارة).

وبالنسبة لإجراءات سحب عينة المستفيدين من الخدمة الصحية (المرضى) فإنها تمثلت في أسلوب العينة الاعتراضية (Aaker and Day, 1986; Sudman, 1980) مع استخدام بعض الضوابط التي تعكس روح العينات العشوائية (Katchigan, 1986)، ومن بين هذه الضوابط الاختيار العشوائي للأقسام المقدمة للخدمة الصحية والتي يتردد عليها المرضى داخل الموقع الواحد، وتناوب الفترات الزمنية خلال أيام الأسبوع. وقد روعي عند اختيار وحد المعاينة أن يكون كويتي الجنسية، وسبق له التعامل مع المستشفى أو المستوصف أكثر من مرة واحدة من قبل. وأخيراً وبالنسبة لتوزيع حجم هذه العينة على المستشفيات والمستوصفات الحكومية المختارة فقد تمت بنسبة ٦٠٪ - ٤٠٪ على التوالي، كما تم توزيع حصة كل منهما من العينة على الوحدات المختلفة بما يتناسب مع حجم المترددين عليها سنوياً (وزارة التخطيط - الإدارة المركزية للإحصاء،١٩٩٤).

وفيما يتعلق بعينة المديرين فقد تم اتباع إجراءات العينة العشوائية الطبقية المتعددة المراحل لتمثيل المستويات الإدارية الثلاثة، ولاختيار عدد المفردات من كل وحدة وقع عليها الاختيار في العينة. وكان تمثيل مدراء المستشفيات أو المستوصفات الحكومية، ورؤساء الأقسام الطبية، ورؤساء الشعب والمشرفين في العينة بنسبة ١ : ٣ : ٦ على التوالي. كما تم تحديد حصة كل مستشفى أو مستوصف في عينة المديرين على أساس عدد المترددين من المرضى سنوياً (وزارة التخطيط - الإدارة المركزية للإحصاء ،١٩٩٤).

أسلوب جمع البيانات والقياس

تم جمع البيانات الأولية اللازمة للدراسة من خلال أسلوب الاستقصاء. ولتحقيق ذلك، تم تصميم قائمتين للاستقصاء، الأولى موجهة إلى المرضى، والثانية موجهة إلى المديرين. وبالنسبة للقائمة الأولى فقد احتوت على ٤ صفحات تضم ثلاثة أسئلة بالإضافة إلى صفحة التقديم وطلب التعاون والاستجابة. واشتمل كل من السؤال الأول والثاني على ٢٧ عبارة متماثلة تماماً من حيث المحتوى، ولكنها مختلفة من حيث الصياغة. وتمثل عبارات السؤال الأول توقعات المستقصى منهم لمظاهر جودة الخدمة الصحية، بينما تمثل عبارات السؤال الثاني إدراكاتهم لمستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة لهم. وتعكس عبارات كل سؤال منهما الأبعاد الخمسة الرئيسية لجودة الخدمة

كما حددها Parasuraman *et al* في مقياس SERVQUAL بعد تعديله عام ١٩٨٨، وهي : الجوانب الملموسة، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف. كما تم تنمية بعض المتغيرات الخاصة بكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية في ضوء الدراسات السابقة ذات العلاقة، بالإضافة الى بعضها الآخر من المتغيرات الذي تم تنميته بما يتناسب وطبيعة الخدمة الصحية موضوع الدراسة وذلك من خلال المقابلات الفردية المتعمقة مع كل من المستفيدين والمقدمين لهذه الخدمة. أما السؤال الثالث فإنه يتعلق بالجودة الكلية للخدمة الصحية كما يدركها المرضى. وقد تم قياس متغيرات كل من السؤال الأول والثاني باستخدام مقياس ليكرت للموافقة وعدم الموافقة المتدرج من ٧ نقاط ، حيث يشير الرقم (١) إلى عدم الموافقة التامة بينما يشير الرقم (٧) إلى الموافقة التامة مع وجود درجة محايدة في المنتصف. وبالنسبة للسؤال الثالث فقد تم قياس الجودة الكلية المدركة باستخدام مقياس المعاني المتضادة المتدرج من ٧ نقاط، حيث يشير الرقم (١) إلى جودة رديئة جداً بينما يشير الرقم (٧) إلى جودة ممتازة.

وفيما يتعلق باستقصاء المدراء فإنه اشتمل على سؤال واحد فقط ، ويحتوي على نفس العبارات الخاصة بسؤال قياس التوقعات عن مظاهر جودة الخدمة الصحية في قائمة استقصاء المرضى. وقد تم قياس إدراكات المدراء لمحتويات هذا السؤال بالمقياس نفسه الذي سبق الاشارة إليه في قائمة استقصاء المرضى.

ولتحقيق درجة عالية مما يعرف بمصداقية المحتوى Content Validity للاستقصاء والمقاييس التي اشتمل عليها تم عرض كل من قائمة أسئلة المرضى والمدراء على مجموعة من المسؤولين والأطباء في وزارة الصحة، وفي المستشفيات والمستوصفات الحكومية. وبعد الاتفاق على محتويات الاستقصاء تم اختباره على عينة من المستقصى منهم في ظروف مشابهة لظروف كل من عينة المرضى والمدراء، وذلك للتأكد من وضوح الأسئلة والمقاييس المستخدمة وسهولة الإجابة عنها.

جمع البيانات

تم جمع البيانات الخاصة باستقصاء المرضى من خلال المقابلة الشخصية وباتباع إجراء ات العينة الاعتراضية المحددة سلفاً ومن بينها اعتراض كل خامس فرد من المترددين على المستشفى أو المستوصف عند الباب الرئيسي. وفي حال وجود فردين معاً من ذوي درجة القرابة الأولى كان يتم التعامل معهما على أنهما فرد واحد، وبعد تعريف المستقصى منه المختار في العينة لطبيعة الدراسة وأهدافها تم تسليمه قائمة الأسئلة بعد موافقته على التعاون في استيفائها. وكانت القائمة الواحدة تستغرق ما بين ٨ - ١٠ دقائق لاستكمالها. وبالنسبة لاستقصاء المدراء فقد تم جمع بياناته باستخدام طريقة الزيارة القصيرة Drop - Off (Aaker and Day, 1986; Stover and Stone, 1974) لتسليم قائمة الأسئلة وشرح طبيعة الاستقصاء وأهدافه ، ثم تركها ليتم الإجابة عنها في الوقت

المناسب للمستقصى منه، وأخيراً جمعها باليد في ميعاد يتفق عليه. وقد قام بجمع البيانات الخاصة بالدراسة فريق من مساعدي الباحثين والمعيدين بعد تزويدهم بالإرشادات الكافية. إضافة إلى قيام الباحث شخصياً بالإجراءات اللازمة لمتابعة دقة عملية جمع البيانات وفقاً لخطة العينة. واستغرقت عملية جمع البيانات من العينتين ثمانية أسابيع متتالية. وكانت نسبة القوائم المستوفاة والصالحة للتحليل بالنسبة لعينة المرضى حوالي ٩٣٪ (٤٦٦ قائمة)، وبالنسبة لعينة المدراء بعد القيام بالمتابعة لمفرداتها مرتين حوالي ٨٥٪ (٢٧٤ قائمة).

أساليب تحليل البيانات واختبار الفرضيات

اعتمدت منهجية معالجة بيانات هذه الدراسة على بعض أساليب التحليل المتقدمة للمتغيرات المتعددة والمتوافرة في حزمة أساليب التحليل الاحصائي SPSS. وفي ضوء طبيعة متغيرات الدراسة وعددها وأساليب القياس ونوع العينات المستخدمة في الدراسة من ناحية، وأغراض التحليل واختبار الفرضيات من ناحية أخرى تقرر استخدام الأساليب والاختبارات الاحصائية التالية:

١- معامل الارتباط ألفا للتحقق من درجة الثبات في مقياس الادراكات/التوقعات SERVQUAL لجودة الخدمة الصحية (Churchill, 1979; Cronbach, 1951; Gideon, 1974; Nunnally, 1978) الذي يمتاز بتركيزه على اختبار درجة التناسق الداخلي بين محتويات أو بنود المقياس الخاضع للاختبار.

٢- أسلوب تحليل العاملي للتحقق من درجة مصداقية مكونات مقياس الادراكات/ التوقعات لجودة الخدمة الصحية (Borhrinstedt, 1983; Carmines and Zeller, 1979; Tabachnick and Fidell, 1983).

٣- أسلوب تحليل الانحدار والارتباط المتعدد لتحليل نوع العلاقة وقوتها بين أبعاد مقياس الادراكات/التوقعات وبين الجودة الكلية المدركة، وكذلك تحديد قدرة هذا المقياس على تفسير التباين في الجودة الكلية المدركة (Begozzi, 1981; Babakus and Mangold, 1993; Tabachnick and Fidell, 1983).

٤- اختبار ويلكوكسن لمقياسين متماثلين في حال عينة واحدة لاختبار الفرضية الخاصة بالفجوة (٥) بين توقعات المرضى وإدراكاتهم لمستوى الخدمة الصحية، واختبار مان وتيني لعينتين مستقلتين لاختبار الفرضية الخاصة بالفجوة (١) بين توقعات المرضى وإدراكات المديرين لهذه التوقعات حول مستوى الخدمة الصحية (Siegel and Castellan, 1988; SPSS/ PC +Manuall, 1988). بالإضافة إلى كل من اختبار(ت)، (ف) الملازمين لأسلوب تحليل الانحدار المتعدد، وذلك لاختبار الفرضية الأخيرة الخاصة بالعلاقة بين أبعاد مقياس الادراكات/التوقعات (متغيرات مستقلة) وبين الجودة الكلية المدركة (متغير تابع).

مناقشة نتائج التحليل

نتائج الفجوة (١) : إدراكات الإدارة لتوقعات المرضى - توقعات المرضى

وفقاً لمقياس SERVQUAL فإن تحديد الفجوة الأولى يتطلب القيام بطرح القيم الخاصة بتوقعات المرضى لمظاهر جودة الخدمة الصحية من القيم الخاصة بإدراكات الإدارة في المستشفيات والمستوصفات الحكومية لما يتوقعه المرضى ، وذلك بالنسبة لكل مستقصى منه في العينيتين (ن بالنسبة لكل من المرضى والمديرين = ٢٧٤) ولكل عبارة عن من عبارات المقياس . كما تم استخراج متوسط الفروق المرجح بحجم العينة بالنسبة لكل عبارة على حدة. وأخيراً تم حساب متوسط الفروق المرجح بحجم العينة لكل بعد من الأبعاد الخمسة للمقياس على حدة، ويحتوي الجدول ١ النتائج الخاصة بهذه الفجوة،وكذلك الدلالات الاحصائية الخاصة بها وفقا لاختبار مان وتني لعينتين مستقلتين. ويلاحظ أن هناك اختلافاً حقيقياً عند مستوى معنوية يترواح ما بين ١٪ ، ٥٪ بين إدراكات الادارة لتوقعات المرضى وبين توقعات المرضى لخمسة عشر مظهراً من مظاهر جودة الخدمة الصحية فقط. أما بالنسبة لباقي المظاهر فإن الفروق المستخرجة غير معنوية. ولذلك فإنه تقرر رفض فرض العدم الأول لهذه الدراسة بالنسبة للمجموعة الأولى من مكونات مقياس الادراكات/ التوقعات، وتأييد الفرض البديل بالنسبة لباقي مكوناته. ويمكن تفسير النتائج التي يشتمل عليها الجدول رقم ١ من المنظور التسويقي على النحو التالي:

(أ) توجد فجوة سلبية بين توقعات المرضى لمظاهر جودة الخدمة الصحية المقدمة من جانب المستشفيات والمستوصفات الحكومية، وبين إدراك الإدارة في هذه المؤسسات لما يتوقعه المرضى في هذا الصدد ، ولا سيما بالنسبة للمظاهر التي تمثل التعاطف والاستجابة. وفيما يتعلق بالتعاطف فإن أكثر مجالات التباين تمثلت في ملاءمة ساعات العمل والوقت المخصص لتقديم الخدمة الصحية للمريض والتعاطف معه. أما بالنسبة للاستجابة فربما تتمثل أهم مجالات التفاوت في الرد الفوري على استفسارات وشكاوى المرضى ، وإخبار المريض بميعاد تقديم الخدمة والانتهاء منها بطريقة دقيقة. وتعكس هذه النتائج عجز الإدارة في هذه المؤسسات الخدمية عن معرفة ما يتوقعه العملاء في الخدمة المقدمة والذي يجسد احتياجاتهم ورغباتهم. فالإدارة ربما تدرك أن جودة الخدمة الصحية لا تنطوي بدرجة مؤثرة على الجوانب النفسية مثل توفير جو من المرح والصداقة للمريض بقدر ما تنطوي على الأداء الفني للخدمة المتمثل في الفحص أو العلاج أو إجراء العمليات الجراحية. كما أن الإدارة ربما تدرك أن المريض في حاجة إلى الخدمة الصحية، ومن ثم يفترض أن يكون وقته مخصصاً لتلقيها في الوقت الذي يتناسب مع جداول الأطباء ونظام المؤسسة. و كما يفسر بعض أعضاء الإدارة فإن تقدير ظروف المريض والتعاطف معه مغالى فيه من جانب المريض من ناحية، وله حدود أو ضوابط من ناحية أخرى. ويعتقد أعضاء الإدارة أن الفجوة الخاصة بالرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى وكذلك إخبار المريض بمواعيد تقديم الخدمة والانتهاء منها قد ترجع إلى القيود الخاصة بضغوط العمل التي يتعرض لها الأطباء والعاملون، بالإضافة إلى صعوبة تنميط الخدمة الصحية من حيث الوقت المستغرق.

جدول ١
نتائج قياس الفجوة بين إدراكات الإدارة لما يتوقعه المرضى
وبين توقعات المرضى لجودة الخدمة الصحية باستخدام مقياس SERVQUAL

أبعاد ومتغيرات المقياس	قيمة الوسط الحسابي (أ) الإدراكات	قيمة الوسط الحسابي (ب) التوقعات	الفجوة (أ - ب) بالنسبة لكل متغير	الفجوة (أ - ب) بالنسبة لكل مجموعة متغيرات
(١) الجوانب الملموسة:				
- جاذبية المباني والتسهيلات المادية الأخرى.	٥,١٥	٦,١٠	(- ٠,٩٥) **	
- التصميم والتنظيم الداخلي.	٣,٥٦	٥,٣٠	(- ١,٧٤) **	
- حداثة المعدات والأجهزة الطبية.	٦,١٨	٦,٧٥	(-٠,٧٠)	
- مظهر الأطباء والعاملين.	٥,٤٣	٦,٥٠	(- ١,٠٧) **	(- ,٩٦)
(٢) الاعتمادية:				
- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.	٦,-	٦,٧٨	(- ,٨٧) **	
- الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو العلاج أو المعلومات.	٦,٩٥	٦,٩٥	(صفر)	
- توافر التخصصات المختلفة.	٦,٧١	٦,٨٥	(- ,١٤)	
- الثقة في الأطباء والإخصائيين.	٦,٧٠	٦,٨٨	(- ,١٨)	
- الحرص على حل مشكلات المريض.	٦,٩٠	٦,٩٣	(- ,٠٣)	
- الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.	٥,١٨	٦,٣٠	(- ١,١٢) **	(- ,٣٧)
(٣) الاستجابة:				
- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.	٥,٤٩	٦,٨٨	(-١,٣٩)**	
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.	٥,٣٨	٦,٥٣	(-١,١٥)**	
- الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.	٦,٥٣	٦,٨٥	(-,٣٢)	
- الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى.	٣,٦٨	٦,٥٠	(-٢,٨٢)*	
- إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاء منها.	٣,-	٥,٢٦	(-٢,٢٦)*	(- ١,٥٩)
(٤) الأمان:				
- الشعور بالأمان في التعامل.	٧,-	٧,-	(صفر)	
- المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.	٦,٩٠	٧,-	(- ,١٠)	
- الأدب وحسن الخلق لدى العاملين.	٧,-	٧,-	(صفر)	
- استمرارية متابعة حالة المريض.	٦,٦٠	٦,٨٠	(- ,٢٠)	
- سرية المعلومات الخاصة بالمريض.،	٦,٤٠	٦,٩٠	(- ,٥٠)	
- دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.	٢,٤٠	٦,٦٢	(- ٤,٢٢) *	(- ١,٨٤)
(٥) التعاطف:				
- تفهم احتياجات المريض.	٦,٨٨	٦,٨٣	,٠٥	
- وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.	٥,٤٠	٦,٧٥	(- ١,٣٥) **	
- ملاءمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة.	١,٨٧	٦,١٠	(- ٤,٢٣) *	
- العناية الشخصية بكل مريض.	٥,١٣	٦,١٥	(- ١,٠٢) **	
- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.	٤,٩١	٦,٦٠	(- ١,٦٩) **	
- الروح المرحة والصداقة في التعامل مع المريض.	٣,٨٩	٦,٥٢	(- ٢,٦٣) *	(-١,٨١)

* مستوى الدلالة الاحصائية ١ ٠, ٠ وفقاً لاختبار "مان وتني".

** مستوى الدلالة الاحصائية ٥ ٠, ٠ وفقاً لاختبار "مان وتني".

(ب) هناك قصور في إدراك الإدارة لتوقعات المرضى بخصوص التصميم والتنظيم الداخلي للمستشفى أو المستوصف، وكذلك مظهر الأطباء والعاملين. ويمكن تفسير هذه الفجوة من زاويتين، الأولى تتعلق بزيادة وعي المرضى واهتمامهم بالتنظيم والترتيب الداخلي للأقسام والغرف وغيرها كعنصر من

العناصر المهمة في تقييم جودة هذه الخدمة لتأثيرها المباشر في الجهد والوقت المبذولين للحصول على الخدمة . والثانية تتعلق بعدم إدراك الإدارة للتأثير غير المباشر لمثل هذه العوامل في جودة الخدمة الصحية على النحو الذي يجعل المريض يهتم بها. وربما ينطبق التفسير السابق نفسه على العنصر الخاص بالاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة في المستشفى أو المستوصف.

(جـ) لاتدرك الإدارة أن عملاءها يتوقعون أن يحصل العاملون في هذه المستشفيات على الدعم والتأييد والتحفيز لأداء وظائفهم بكفاءة . وربما يرجع ذلك إلى الاعتقاد بأن هذا الجانب يتعلق بالسياسات الداخلية في المؤسسة والتي لايهتم بها المريض. ولكن في المقابل تبين أن المرضى يتوقعون مثل هذا الدعم والتأييد لأنه سوف ينعكس على أداء الخدمة المقدمة لهم.

(د) إن الإدارة تدرك بشكل واضح توقعات العملاء حول جودة الخدمة الصحية التي تقدم لهم من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو العلاج أو المعلومات، والشعور بالأمان في التعامل مع المؤسسة، وضرورة تحلي العاملين بالأدب وحسن الخلق، وتفهم احتياجات المريض، والحرص على حل مشكلات المريض، وحداثة الأجهزة والمعدات الطبية، والمعرفة والمهارات المتخصصة للأطباء، وتوافر التخصصات حسب الحاجة،والثقة في الأطباء والعاملين، واستمرارية متابعة المريض، والاستعداد الدائم للتعاون مع المريض، وسرية المعلومات الخاصة بالمرضى.

(هـ) تقل الفجوة السلبية بدرجة ملحوظة بين إدراكات الإدارة لتوقعات المرضى وبين توقعات المرضى بالنسبة لكل من الاعتمادية والأمان في الخدمة الصحية. وتعكس هذه النتيجة جانبا إيجابيا يجب التنويه إليه ويتمثل في أن الإدارة تدرك أهمية هذين البعدين في تحقيق الجودة في الخدمة الصحية كما يتوقعها مستقبلوها، ولا سيما أنهما من السمات الأساسية لمثل هذا النوع من الخدمات الحيوية المرتبطة بالصحة.

نتائج الفجوة (٥): إدراكات - توقعات المرضى

لتحديد الفجوة بين إدراكات المرضى لمستوى الأداء الفعلي لمظاهر الخدمة الصحية التي يحصلون عليها وبين توقعاتهم لمظاهر جودة هذه الخدمة وفقا لمقياس SERVQUAL تم القيام بطرح القيم الخاصة بالتوقعات من القيم الخاصة بالإدراكات لكل مستقصى منه، وبالنسبة لكل عبارة من العبارات التي اشتمل عليها المقياس، ثم استخراج متوسط الفروق للعينة ككل (ن = ٤٦٦).

كما تم حساب متوسط الفروق المرجح بحجم العينة لكل بعد من الأبعاد الخمسة التي اشتمل عليها المقياس. ويلخص الجدول ٢ نتائج هذه الفجوة ودلالاتها الاحصائية وفقاً لاختبار ويلكوكسن لمقياسين متماثلين لعينة واحدة. ويلاحظ أن هناك اختلافاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى معنوية يتروح ما بين ١٪ ، ٥٪ بين إدراكات المرضى للأداء الفعلي للخدمة الصحية وبين توقعاتهم لهذا الأداء بالنسبة لمختلف مظاهر جودة هذه الخدمة الخاضعة للدراسة. ولذلك، يجب رفض فرضية العدم الثانية لهذه الدراسة. ويمكن تفسير النتائج التي يشتمل عليها الجدول ٢ من المنظور التسويقي على النحو التالي:

جدول ٢
نتائج قياس الفجوة بين إدراكات المرضى وتوقعاتهم لجودة الخدمة الصحية
باستخدام مقياس SERVQUAL

أبعاد المقياس	المتغيرات	قيمة الوسط الحسابي		الفجوة (أ - ب)	
		(أ) الإدراكات	(ب) التوقعات	بالنسبة لكل متغير	بالنسبة لكل مجموعة متغيرات
(١) الجوانب الملموسة:	س١	٤ر٣٠	٦ر١٠	(- ١,٨٠)*	
	س٢	٤ر٠٥	٥ر٣٠	(- ١,٢٥)**	
	س٣	٥ر٣٠	٦ر٧٥	(- ١,٤٥)**	
	س٤	٥ر٣٦	٦ر٥٠	(- ١,١٤)**	(-١ر٣١)
(٢) الاعتمادية:	س٥	٣ر٣٧	٦ر٧٨	(- ٣ر٥١)*	
	س٦	٤ر٢٥	٦ر٩٥	(- ٢ر٧٠)*	
	س٧	٣ر٧٩	٦ر٨٥	(- ٣ر٠٦)*	
	س٨	٤ر١٧	٦ر٨٨	(- ٢ر٧١)*	
	س٩	٣ر٤٠	٦ر٩٣	(- ٣ر٥٣)*	
	س١٠	٤ر٤٠	٦ر٣٠	(- ١ر٩٠)*	(- ٢ر٩٠)
(٣) الاستجابة:	س١١	٣ر٤١	٦ر٨٨	(- ٣ر٤٧)*	
	س١٢	٣ر٤٣	٦ر٥٣	(- ٣ر١٠)*	
	س١٣	٤ر٤٥	٦ر٨٥	(- ٢ر٤٠)*	
	س١٤	٣ر٧٤	٦ر٥٠	(- ٢ر٧٦)*	
	س١٥	٣ر٦٣	٥ر٣٦	(- ١ر٦٣)**	(-١ر٦٧)
(٤) الأمان:	س١٦	٦ر٢٠	- ر ٧	(- ر٨٠)**	
	س١٧	٤ر٨٦	- ر ٧	(- ٢ر١٤)*	
	س١٨	٦ر٠٢	- ر ٧	(- ر٩٨)**	
	س١٩	٤ر١٦	٦ر٨٠	(- ٢ر٦٤)*	
	س٢٠	٥ر٨٩	٦ر٩٠	(-١ر٠١)**	
	س٢١	٤ر٣٢	٦ر٦٢	(- ٢ر٣٠)**	(-١ر٦٤)
(٥) التعاطف:	س٢٢	٥ر٠٢	٦ر٨٣	(-١ر٨١)*	
	س٢٣	٤ر٠٦	٦ر٧٥	(-٢ر٦٩)*	
	س٢٤	٣ر٨٠	٦ر١٠	(- ٢ر٣٠)*	
	س٢٥	٣ر٦٢	٦ر١٥	(- ٢ر٥٣)*	
	س٢٦	٣ر٦٩	٦ر٦٠	(-٢ر٥٣)*	
	س٢٧	٤ر٢١	٦ر٥٢	(-٢ر٩١)*	(-٢,٤٣)

* مستوى الدلالة الإحصائية ٠١ر. وفقاً لإختبار "ويلكوكسن".
** مستوى الدلالة الإحصائية ٠٥ر وفقاً لاختبار "ويلكوكسن".

(أ) توجد فجوة سلبية بين الإدراكات والترقعات الخاصة بمستقبلي الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات والمستوصفات الحكومية في الكويت، وذلك بالنسبة لمختلف أبعاد جودة هذه الخدمة(الجوانب الملموسة والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف)، وكذلك مختلف المظاهر الخاصة بكل بعد من هذه الأبعاد. وتظهر هذه النتيجة أن توقعات المرضى لأبعاد ومظاهر جودة الخدمة الصحية المقدمة من هذه المؤسسات الحكومية تفوق ما يحصلون عليه بالفعل، الأمر الذي يظهر عجز

هذه المؤسسات عن مقابلة توقعات عملائها من المرضى بالنسبة لمختلف مظاهر الخدمة الصحية المقدمة.

(ب) إن كلا من الاعتمادية،والاستجابة، والتعاطف مع المرضى تعد أكثر مظاهر جودة الخدمة الصحية التي يتسع فيها نطاق الفجوة بين الأداء الفعلي والتوقعات بصفة عامة. ومن ثم تبرز مواطن الضعف في الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات والمستوصفات الحكومية، وهي في الوقت نفسه تمثل أكثر المجالات إلحاحاً عند أي محاولة لتحسين جودة هذه الخدمة وتطويرها.

(جـ)على الرغم من الأهمية الخاصة التي يحظى بها عنصر الأمان والطمأنينة بالنسبة لمتلقي الخدمة الصحية، فإن الأداء الفعلي لهذه الخدمة كما يدركه المرضى لا يقابل توقعاتهم، ومن ثم هناك فجوة سلبية أيضا.

(د) على الرغم من أن الفجوة في المظهر الخاص بالجوانب الملموسة في الخدمة بصفة عامة تعد من أضيق الفجوت بموازنتها بالمظاهر الأخرى للخدمة نفسها، أو تعادل الصفر كما أظهرت الدراسات السابقة في جودة الخدمة (e.g., Cronin and Taylor, 1992; Nel and Pitt, 1993; Parasuraman *et al,* 1991). إلا أنها تعكس أيضا عدم القدرة على مقابلة توقعات المرضى في حال الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات والمستوصفات الحكومية. ويتضح ذلك بالنسبة لكل من جاذبية المباني والتسهيلات المادية الأخرى، وكذلك حداثة المعدات والأجهزة الطبية في هذه المؤسسات.

(هـ) تختلف درجة إسهام المكونات الفرعية لأبعاد جودة الخدمة الصحية في تحديد نطاق الفجوة الخاصة بكل بعد، وبالتالي تتفاوت النظرة إليها كمسببات لحدوث الفجوة أو كمجالات ضعف في مستوى جودة هذه الخدمة . وعلى سبيل المثال، فإن أكثر مظاهر الاعتمادية التي تتسبب في عدم القدرة على مقابلة توقعات المرضى في الواقع العملي كل من الحرص على حل مشكلات المريض، والوفاء بتقديم الخدمة المطلوبة في المواعيد المحددة لها، وتوافر التخصصات المختلفة التي يحتاج إليها المرضى. وبالنسبة للاستجابة، فإن أكثر مجالات الضعف في مستوى الخدمة الصحية ربما تتمثل في السرعة في تقديم الخدمة اللازمة، أو الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، والرد الفوري على مختلف الاستفسارات والشكاوى. أما بالنسبة للتعاطف مع المرضى فإن أكثر مجالات الضعف ربما تتمثل في تقدير ظروف المريض والتعاطف معه، ووضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين، والعناية الشخصية بكل مريض. وأخيراً بالنسبة للأمان فإن أكثر المظاهر التي تتسبب في انخفاض جودة الخدمة الصحية قد تتمثل في استمرارية متابعة حال المريض، والدعم والتأييد الكافيين للعاملين من جانب الإدارة لتحفيزهم على أداء وظائفهم بكفاءة عالية.

(و) بالمقارنة بنتائج الفجوة الأولى، يتضح أن عجز الإدارة في هذه المؤسسات عن إدراك توقعات المرضى لبعض مظاهر جودة الخدمة الصحية، ولاسيما فيما يتعلق بالاستجابة والتعاطف مع المريض،

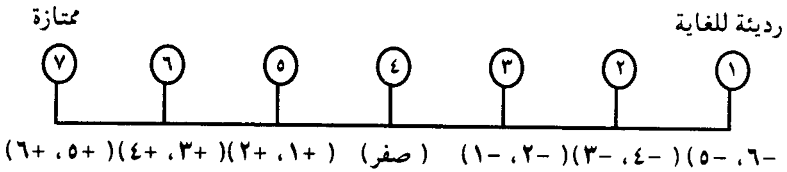
أدى إلى قصور واضح في مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة بالفعل، وذلك كما تبين من خلال مقارنة هذا الأداء بتوقعات المرضى. ومن ناحية أخرى، فإنه على الرغم من أن الإدارة أفصحت أنها تدرك بدرجة عالية توقعات المرضى بالنسبة للجوانب الخاصة بالاعتمادية والأمان في الخدمة المقدمة، إلا أن نتائج الفجوة الخامسة كشفت عن عدم قدرة الأداء الفعلي للخدمة على مقابلة توقعات المرضى بالنسبة لهذين البعدين. ويمكن تفسير النتيجة الأخيرة من زاويتين، الأولى وقد تمثل القصور أو الإهمال من جانب الإدارة والعاملين في هذه المؤسسات، الذي أدى إلى عدم ترجمة معرفتهم بتوقعات المرضى إلى أداء فعلي في الخدمة المقدمة، والثانية وقد تعكس وجود قيود أو معوقات خارجية(إدارية، مالية، بشرية مثلاً) حالت دون ترجمة توقعات العملاء إلى واقع عند تقديم الخدمة على الرغم من إدراك الإدارة لمثل هذه التوقعات.

(ز) من خلال الموازنة التفصيلية بين نتائج الفجوة الخامسة والفجوة الأولى للنموذج المستخدم (SERVQUAL) يتضح أهمية استخدام هاتين الفجوتين معاً عند القيام بأي محاولة لتقييم جودة الخدمة على أساس الادراكات والتوقعات. بمعنى أن مقارنة إدراكات العملاء لأداء الخدمة بتوقعاتهم لا يكفي وحده لأنه لا يكشف عن مدى إدراك الإدارة في المنظمة التي تقدم الخدمة باحتياجات العملاء ورغباتهم من ناحية، كما أن موزانة إدراك الإدارة لتوقعات العملاء بما يتوقعه هؤلاء العملاء عن الخدمة لا يكفي وحده لأنه لا يكشف عن مدى ترجمة معرفة الإدارة باحتياجات ورغبات العملاء المتوقعة إلى أداء فعلي عند تقديم الخدمة.

تقييم الثبات والمصداقية لمقياس الفجوة

استهدفت عمليات الطرح التي استلزمتها المرحلة السابقة لاستخراج الفجوة الأولى والخامسة وفقا لاجراءات مقياس (SERVQUAL) التوصل إلى ثلاث مجموعات من القيم التي تمثل ثلاث صور لكل فجوة. بالنسبة للفجوة الخامسة كانت هناك مجموعة القيم (+١ ، +٦) وتمثل حالات تفوق الأداء الفعلي عن التوقعات، ومجموعة (-١ ، -٦) وتمثل حالات تفوق التوقعات عن الأداء الفعلي، وأخيراً (صفر) ويمثل حال تطابق الأداء الفعلي مع التوقعات. وبالمثل، بالنسبة للفجوة الأولى مع اختلاف واحد متمثل في دلالات كل مجموعة من القيم، حيث تشير المجموعة الأولى إلى تفوق إدراكات الإدارة عن توقعات المرضى، وتشير الثانية إلى تفوق توقعات المرضى عن إدراكات الإدارة، ويشير الصفر إلى حال التطابق بينهما.

ولقد تم استخدام نتائج هذا التحليل في بناء مقياس نهائي ومباشر لمظاهرجودة الخدمة الصحية الخاضعة للدراسة من خلال معادلة ما تم التوصل إليه من قيم حالات الفجوة (الأولى والخامسة، كل على حدة) على مقياس متدرج من ١ - ٧، حيث يشير الرقم (١) إلى كون الخدمة رديئة للغاية، على حين يشير الرقم (٧) إلى كون الخدمة ممتازة، وأخيراً يشير الرقم (٤) في منتصف المقياس إلى كون الخدمة مقبولة، وذلك كما هو موضح فيما يلي:



وبعد ترجمة نتائج الفجوة الأولى والخامسة على المقياس الموضح أعلاه بالنسبة لمفردات كل عينة على حدة كان من الضروري كخطوة أساسية قبل استخدام نتائج هذا المقياس في نموذج التحليل التنبؤي (الانحدار المتعدد) في المرحلة اللاحقة من التحليل أن يتم التحقق من درجة ثباته ومصداقية أبعاده في قياس مظاهر جودة الخدمة في الدراسة الحالية والدراسات المستقبلية الأخرى.

(أ) تقييم الثبات (الاتساق الداخلي) بين محتويات المقياس:

للحكم على درجة الثبات التي يتمتع بها مقياس جودة الخدمة الصحية تقرر استخدام أسلوب معامل الارتباط ألفا لتركيزه على الاتساق الداخلي بين محتويات المقياس الخاضع للاختبار. ووفقاً للمبادئ العامة لتنمية المقاييس واختبارها في البحوث الاجتماعية وبحوث التسويق (Churchill, 1979; Nunnally, 1978) تقرر استبعاد أي عنصر من عناصر المقياس (متغير) يحصل على معامل ارتباط اجمالي بينه وبين باقي العناصر التابعة للمجموعة الواحدة (مثال ذلك الجوانب الملموسة أو الاعتمادية) أقل من ٣٠ , ٠ وفي ضوء ذلك، تم تطبيق أسلوب معامل ألفا خمس مرات منفصلة وذلك للأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية سواء بالنسبة للفجوة الأولى أو الخامسة إضافة إلى مرة واحدة منفصلة على المقياس ككل (٢٧ متغيراً) في حال الفجوة الأولى والخامسة، (انظر الجدول ٣). ومن خلال مراجعة معاملات الارتباط الكلية لكل متغير على حدة تم استبعاد ٧ متغيرات في حال الفجوة الأولى ، وكذلك ٦ متغيرات في حال الفجوة الخامسة لعدم قدرة كل منهم على الوفاء بالمعايير المحددة من قبل. وفي ضوء هذه النتائج أمكن التوصل إلى نموذجين من مقياس الفجوة لتقييم مظاهر جودة الخدمة الصحية الخاصة بالجوانب الملموسة والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف، حيث يتكون الأول من ٢٠ عبارة، بينما يتكون الثاني من ٢١ عبارة فقط، ويتمتع كل منهما بدرجة عالية من الاتساق الداخلي بين محتوياته والثبات عند التطبيق في مراحل لاحقة من التحليل أو في دراسات أخرى لاحقة في المجال نفسه.

جدول ٣

درجة الثبات (الاتساق الداخلي) بين محتويات مقياس SERVQUAL
بالتطبيق على جودة الخدمة الصحية: نتائج معامل الارتباط ألفا

أبعاد المقياس	المتغيرات	الفجوة (أ)		الفجوة (ب)	
		معامل الارتباط الكلي	معامل ألفا	معامل الارتباط الكلي	معامل ألفا
(١) الجوانب الملموسة:					
	س١	٢٢ر		٤٦ر	
	س٢	١٩ر		٢٠ر	
	س٣	٤٥ر		٦٢ر	
	س٤	٥٢ر	٥٦ر	٥٨ر	٦٩ر
(٢) الاعتمادية:					
	س٥	٦١ر		٧١ر	
	س٦	٥٤ر		٦٨ر	
	س٧	٦٥ر		٦٤ر	
	س٨	٥٥ر		٦٠ر	
	س٩	٥٢ر		٤٩ر	
	س١٠	١٣ر	٠.٨٢	٣٢ر	٨٦ر
(٣) الاستجابة:					
	س١١	٦٠ر		٧٠ر	
	س١٢	٦٣ر		٧٢ر	
	س١٣	٥٨ر		٥٩ر	
	س١٤	٢٤ر		٦١ر	
	س١٥	٢٢ر	٧٠ر	٢٠ر	٨٤ر
(٤) الأمان:					
	س١٦	٥٣ر		٦٩ر	
	س١٧	٥٠ر		٦٨ر	
	س١٨	١٢ر		١٨ر	
	س١٩	٤٩ر		٥٨ر	
	س٢٠	٥١ر		٥٧ر	
	س٢١	٠٨ر	٦٨ر	١٩ر	٧٥ر
(٥) التعاطف:					
	س٢٢	٥١ر		٦٥ر	
	س٢٣	٤٩ر		٦٠ر	
	س٢٤	١٥ر		٢١ر	
	س٢٥	٤٣ر		٧٢ر	
	س٢٦	٤٨ر		٦٣ر	
	س٢٧	٣٨ر	.٧٢	٧١ر	٨٠ر
المقياس الكلي	**٢٧**		**٧٦ر**		**٨٧ر**

(ب) تقييم مصداقية أبعاد المقياس:

من خلال الفحص الدقيق لمصفوفة الارتباط بين مختلف محتويات المقياس الخاضع للاختبار (في حالة الفجوة الأولى والخامسة، كل على حدة) وباستخدام مبادئ القياس الخاصة بمصداقية المقاييس (Bagozzi, 1981 ; Peter, 1981) أمكن التوصل إلى أن نسبة كبيرة من المتغيرات الخاصة

بكل بعد من أبعاد المقياس ذات معاملات ارتباط عالية (٠,٥٠ - ٠,٦٢) مع باقي المتغيرات التابعة للبعد نفسه ، وفي الوقت نفسه ذات معاملات ارتباط بسيطة مع متغيرات الأبعاد الأخرى، أما المتغيرات التي ارتبطت بشكل واضح بمتغيرات أخرى خارج الأبعاد التي يفترض أن تنتمي إليها فإنها كانت ثمانية بالنسبة للفجوة الأولى، وسبعة بالنسبة للفجوة الخامسة.

وبغرض زيادة التحقق من درجة مصداقية المقياس الخاضع للاختبار تقرر تطبيق أسلوب التحليل العاملي مرتين منفصلتين بالنسبة لحالة الفجوة الأولى والفجوة الخامسة على التوالي (Carmines and Zeller, 1979) وباستخدام طريقة (Oblique) للتحليل العواملي أظهرت النتائج أن ١٩، ٢٠ متغيراً من متغيرات المقياس الأصلية أمكن تحميلها على خمسة عوامل تطابق الأبعاد الخمسة المفترضة لقياس مظاهر جودة الخدمة الصحية، وذلك بالنسبة لحالة الفجوة الأولى والخامسة على التوالي. أما باقي المتغيرات فإن معاملات التحميل الخاصة بها كانت أقل من ٠,٦٠ ، ومن ثم تقرر استبعادها . كما كان هناك متغيران لم يتم تحميلهما على العوامل المستخرجة التي تمثل الأبعاد الأصلية المفترضة، وينتميان إليها من قبل، وبذلك تبين أن المتغير الخاص بالحرص على حل مشكلات المريض يجب أن ينتمي إلى البعد الخاص بالاستجابة وليس الاعتمادية. وبالمثل، فإن المتغير الخاص بالأدب وحسن الخلق لدى العاملين يجب أن ينتمي إلى البعد الخاص بالتعاطف وليس الاستجابة. كما أظهرت النتائج أن العوامل الخمسة المستخرجة تسهم معاً في تفسير حوالي ٦٤٪ ، ٧٠٪ من التباين الاجمالي في البيانات التي يحتوي عليها المقياس في حالة الفجوة الأولى والخامسة على التوالي. كما لوحظ أن المتغيرات التي تقرر استبعادها في هذه المرحلة تشمل المتغيرات نفسها التي تقرر استبعادها من قبل باستخدام تحليل معامل ألفا ومصفوفة الارتباط الاجمالية، لكن عدد بنود المقياس التي تمثل بدرجة كبيرة أبعاده الخمسة المفترضة وتتمتع بالثبات والمصداقية في التطبيق انخفض إلى ١٩، ٢٠ متغيراً في حالة الفجوة الأولى والخامسة على التوالي.

تفسير التباين في الجودة الكلية المدركة للخدمة الصحية والأهمية النسبية لمحدداتها

في ضوء نتائج التحليل السابقة أمكن التوصل إلى مقياس للفجوة الأولى وآخر للفجوة الخامسة يشتمل على خمسة أبعاد رئيسية لجودة الخدمة الصحية ، ويتمتع كل منهما بدرجة عالية من الثبات والمصداقية ويمكن استخدامه في قياس مظاهر جودة هذه الخدمة في التطبيق العملي. ويهتم الجزء الأخير من هذه الدراسة بالتحقق من قدرة أحد هذين المقياسين والخاص بإدراكات / توقعات المرضى في تفسير التباين في الجودة الشاملة المدركة للخدمة الصحية من جانب المرضى، وكذلك تحديد الأهمية النسبية لمحددات هذه الجودة. وللوصول إلى ذلك تقرر استخدام مخرجات أسلوب التحليل العاملي بالنسبة لمقياس إدراكات/ توقعات المرضى كمتغيرات مستقلة (٢٠ متغير)، وبيانات المقياس الاجمالي للجودة الشاملة المدركة للخدمة الصحية كمتغير تابع في نموذج تحليل الانحدار المتعدد

(ن=٤٦٦مفردة). وباستخدام برنامجي الانحدار المتعدد الكلي (ENTER) وذي الخطوات المتتالية (STEPWISE) أمكن التوصل إلى النتائج التالية (انظرالجدول ٤):

جدول ٤

المحددات الرئيسية للجودة الكلية المدركة للخدمة الصحية: مخرجات أسلوب تحليل الانحدار المتعدد

المحددات (١)	معامل الانحدار بيتا	معامل الارتباط	معامل التحديد
- المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.	٥٣ر*	٧٦ر	٦١ر
- الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو العلاج أو المعلومات.	٥٢ر*	٧٧ر	٦٣ر
- حداثة الأجهزة والمعدات الطبية.	٥٠ر*	٧٥ر	٦٠ر
- وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.	٤٩ر*	٧٢ر	٥٨ر
- الشعور بالأمان في التعامل.	٤٧ر*	٧٠ر	٥٦ر
- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.	٤٦ر*	٦٨ر	٥٤ر
- العناية الشخصية بالمريض.	٤٥ر*	٦٨ر	٥٢ر
- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.	٤٣ر*	٦٥ر	٥١ر
- تفهم احتياجات المريض.	٣٩ر**	٦٠ر	٤٨ر
- الحرص على حل مشكلات المريض.	٣٤ر**	٥٧ر	٤٥ر
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.	٣٣ر**	٥٤ر	٤٢ر
- استمرارية متابعة حالة المريض.	٣١ر**	٥١ر	٤٠ر
- توافر التخصصات المختلفة.	٣٠ر**	٤٧ر	٣٧ر
- معامل الارتباط المتعدد.	٨١ر		
- معامل التحديد.	٦٩ر		
- قيمة ف المحسوبة / درجات الحرية.	١٦,٣٢ / (٢٠, ٤٤٥)		
- مستوى الدلالة الاحصائية للعلاقة الاجمالية في النموذج.	٠٠١ر		

(١) تمثل فقط متغيرات مقياس الادراكات/ التوقعات للمرضى الأكثر دلالة في تفسير التباين في الجودة الكلية المدركة للخدمة الصحية.

* مستوى دلالة احصائية يفوق ١٪ وفقاً لاختبار (ت).

** مستوى دلالة إحصائية ٥٪ وفقاً لاختبار (ت).

(أ) إن مقياس الادراكات / التوقعات للمرضى، نجح في تفسير حوالي ٧٠٪ من التباين في إدراك المرضى أنفسهم للجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات والمستوصفات الحكومية، وذلك عند مستوى دلالة إحصائية يفوق ١٪، إضافة إلى أن أبعاد هذا المقياس ومتغيراته مأخوذة بصورة إجمالية وتتمتع بعلاقة إيجابية قوية (معامل الارتباط المتعدد ٠,٨١) بالجودة الكلية المدركة للخدمة الخاضعة للدراسة. وتشير النتيجة السابقة إلى فاعلية مقياس الفجوة في قياس وتقييم الجودة الكلية للخدمة الصحية كما يدركها مستقبلوها، الأمر الذي قد يبرر قيام بعض الدراسات التسويقية الحديثة التي اهتمت بقضية قياس وتقييم جودة الخدمة بتبني مقياس التوقعات/ الادراكات (e.g., Babakus and Managold,1992; Brown and Swartz, 1989; Ferguson *et al,* 1993; Nel and Pitt, 1993; Samson and Parker, 1994; Zeithaml *et al*, 1988).

(ب) تبين أن من بين العشرين متغيراً (مخرجات أسلوب التحليل العاملي) التي اشتمل عليها مقياس إدراكات/ توقعات المرضى، ثلاثة عشر متغيراً فقط تتمتع بصورة منفردة بقدرة أعلى وذات دلالة إحصائية جوهرية على تفسير التباين في الجودة الكلية المدركة للخدمة الصحية المقدمة من المؤسسات الخاضعة للدراسة. كما أن هذه المتغيرات تمثل الأبعاد الخمسة لمظاهر جودة الخدمة الصحية: الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة ، الأمان، والتعاطف. وبذلك تمثل هذه المتغيرات المحددات الرئيسية للجودة الشاملة للخدمة الصحية المقدمة من هذه المؤسسات كمايراها المستفيدون منها من المرضى.

(جـ) تتفاوت الأهمية النسبية لمحددات الجودة الكلية المدركة للخدمة الصحية، حيث تأتي المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء في المقدمة، يليها الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والعلاج والمعلومات، ثم حداثة الأجهزة والمعدات الطبية المستخدمة. ويلاحظ أن هذه المحددات الثلاثة تعكس ثلاثة مظاهر حيوية في جودة هذه الخدمة على وجه الخصوص، وهي الشعور بالأمان، والاعتمادية والثقة في المستشفى أو المستوصف، والتكنولوجيا المستخدمة في تقديم الخدمة. كما يلي هذه المجموعة من المحددات من حيث الأهمية النسبية التعاطف مع المريض ممثلا في وضع مصالحه في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين بالمستشفى أو المستوصف، ثم صورة أخرى من الشعور بالأمان من خلال تعامل المريض مع العاملين ، ثم السرعة في تقديم الخدمة كأحد صور الاستجابة لاحتياجات المريض، ثم كل من العناية الشخصية بالمريض وتقدير ظروفه وتفهم احتياجاته لتجسد مرة أخرى أهمية التعاطف مع المريض باعتبارها من الجوانب النفسية في جودة الخدمة. وأخيراً فإن هناك مجموعة ثالثة من محددات جودة الخدمة الصحية التي تؤكد أهمية كل من الاعتمادية والاستجابة كأبعاد رئيسية لجودة الخدمة، وهي الحرص على حل مشكلات المريض، والاستجابة الفورية لاحتياجاته، واستمرارية متابعة حالته، وضرورة توافر التخصصات المختلفة التي يحتاج إليها.

(د)إن تفاوت الأهمية النسبية للمحددات السابقة يشير إلى نظام الأولوية الذي يمكن الأخذ به عند تصميم وتنفيذ أي برامج لتحسين الجودة الشاملة للخدمة الصحية المقدمة من جانب المستشفيات وغيرها من المراكز الصحية الحكومية.

دلالات الدراسة

ترتب على الاهتمام المتزايد في السنوات الأخيرة من جانب منظمات الخدمات بجودة الخدمة المقدمة وتأثيرها في التمايز في السوق ورضاء العملاء ظهور مشكلة كيفية قياس هذه الجودة وتقييمها. ومع منتصف الثمانينيات من القرن الحالي تبلورت الجهود البحثية المتراكمة حول مفاهيم وأبعاد وعناصر جودة الخدمة في شكل محاولات جادة لتصميم مقاييس موضوعية وعملية لقياس جودة الخدمة، وذلك استجابة إلى الحاجة الملحة للباحثين والممارسين على حد سواء لوجود مثل هذه المقاييس . وقد تجسدت هذه المحاولات في ظهور مقياسين رئيسين لقياس الجودة الكلية المدركة للخدمة من جانب العملاء،

وهما مقياس الادراكات/ التوقعات SERVQUAL، ومقياس الأداء الفعلي SRVPERF. وعلى الرغم من اتفاق هذين المقياسين على الأبعاد الرئيسية لقياس مظاهر الجودة الكلية المدركة للخدمة (الجوانب الملموسة، الاعتمادية ، الاستجابة، الأمان والتعاطف)، فإنهما اختلفا من حيث طريقة القياس، الأمر الذي جعل من ثبات ومصداقية وصلاحية كل منهمامجال جدل واسع النطاق بين الذين قاموا بتصميمهما من ناحية، وبين الباحثين والمهتمين بقضية قياس جودة الخدمة من ناحية أخرى. وفي ضوء ذلك، أصبحت الحاجة إلى مزيد من الدراسات التطبيقية لكل من المقياسين في قطاعات خدمية متنوعة أمراً ضروريا للإسهام في حسم الجدل المثار حولهما.

وتعد الدراسة الحالية محاولة إضافية للتحقق من ثبات ومصداقية مقياس الفجوة SERVQUAL بالتطبيق في قطاع آخر من قطاعات الخدمات الخاص بالخدمة الصحية. وقد ركزت الدراسة على كيفية استخدام هذا المقياس في قياس الفجوة ، وفي تفسير التباين في الجودة الكلية المدركة للخدمة. ولقد أظهرت النتائج الخاصة بتحليل بيانات هذه الدراسة مجموعة من الدلالات المهمة التي تتعلق بمجالين رئيسين هما قياس جودة الخدمة، وإدارة جودة الخدمة الصحية المقدمة من جانب المستشفيات والمستوصفات الحكومية.

أولاً: دلالات خاصة بقياس جودة الخدمة

١- أسهم مقياس SERVQUAL (Parasuraman *et al*) في الكشف عن نوع الفجوة ومداها بين توقعات المرضى لمظاهر جودة الخدمة الصحية المقدمة من جانب المستشفيات والمستوصفات الحكومية وبين إدراكات الإدارة في هذه المؤسسات لتلك التوقعات. كما أسهم المقياس نفسه في الكشف عن نوع الفجوة ومداها بين توقعات المرضى لمظاهر جودة هذه الخدمة وبين إدراكاتهم للأداء الفعلي لها عند الحصول عليها. ومن ثم يعد هذا المقياس من الناحية العملية أحد الأدوات الفعالة التي يمكن أن تساعد على إظهار جوانب القصور في مستوى جودة الخدمة من وجهة نظر العملاء أو المستفيدين منها من ناحية، والوقوف على جوانب الضعف في الادارة في المنظمات الخدمية المتمثلة في عدم قدرتها على إدراك توقعات العملاء نحو مستوى الخدمة المقدمة اليهم من ناحية أخرى. لكن اقتصار تطبيق هذا المقياس على فجوة واحدة هي الخاصة بإدراكات العملاء وتوقعاتهم لا يكفي لتحقيق هذا الغرض، ويقلل من فاعلية المقياس في التطبيق العملي، وهذا ما حاولت أن تتجنبه الدراسة الحالية من خلال تطبيق هذا المقياس على الفجوتين الأولى والخامسة معاً.

٢- على الرغم من الأهمية العملية لمقياس الفجوة في قياس جودة الخدمة، فإنه ينطوي على صعوبة واضحة من خلال العمليات الحسابية التي يتطلبها لحساب الفجوة. ومن ناحية أخرى، فإن اعتماد هذا المقياس في جانب منه على توقعات العملاء لمستوى جودة الخدمة قد يثير التشكيك في دقة نتائج الفجوة، ولا سيما أن العميل بطبيعته يميل غالباً إلى بناء توقعاته في صورة مثالية. ومن ثم، فإن العمليات الحسابية اللازمة لطرح إدراكات العميل للأداء الفعلي للخدمة من توقعاته نحوها سوف

تؤدي غالباً إلى وجود فجوة سلبية. ومن ناحية أخرى، فإنه عندما يتم سؤال العميل عن المستوى المرغوب والمستوى الموجود بالفعل في خاصية معينة من خصائص الخدمة فإنه نادراً جداً أن يحدد هذا العميل المستوى المرغوب بدرجة أقل من المستوى الموجود. والسبب في ذلك لا يخرج عن أنه مجرد نزعة تلقائية في الاستجابة بسبب عوامل نفسية (Cronbach and Furby, 1970; Wall and Payne, 1973). وكنتيجة لذلك فإن هذه العوامل النفسية تؤثر في درجة دقة الفجوة وواقعيتها المطلوب قياسها، ومن ثم الحكم على جودة الخدمة.

٣- إن حساب الفجوات التي ينطوي عليها مقياس الادراكات/ التوقعات لا يمثل في ذاته المقياس النهائي لتقييم أبعاد جودة الخدمة ومظاهرها ، ولكن الأمر يتطلب ضرورة ترجمة نتائج العمليات الحسابية الخاصة بهذه الفجوات إلى مقياس يعبر عن مستويات جودة الخدمة من حيث كونها ممتازة أو رديئة أو ما بينهما. ويعد ذلك جانباً آخر من جوانب الصعوبة التي ينطوي عليها استخدام مقياس SERVQUAL في التطبيق العملي.

٤- على الرغم من الجدل المعاصر حول ثبات ومصداقية الأبعاد الرئيسية التي يشتمل عليها مقياس SERVQUAL، فإن نتائج الدراسة الحالية كشفت عن أن هذا المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والمصداقية سواء على مستوى كل بعد من أبعاده الخمسة الرئيسية، أو على مستوى تلك الأبعاد مأخوذة بصورة إجمالية، وذلك في مجال قياس جودة الخدمة الصحية. وتتفق هذه النتيجة مع النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات الحديثة في هذا الصدد (e.g., Babakus and Mangold, 1992; Brown and Swartz, 1989; Ferguson *et al,* 1993; Nel and Pitt, 1993; Parasuraman *et al,* 1988, 1994; Samson and Parker, 1994; Zeithaml, 1990).

٥- وفقاً لنتائج الدراسة فإن مقياس الادراكات/التوقعات يمكن أن يستخدم في التطبيق العملي للتقييم والحكم على الجودة الكلية للخدمة المقدمة للعملاء، حيث إنه يتمتع بدرجة مقبولة من القدرة على تفسير التباين في إدراكات العملاء لهذه الجودة. ولكن هذه النتيجة تتوقف على ضرورة قيام الباحثين ببناء محتويات هذا المقياس بما يتلاءم وطبيعة جودة الخدمة الخاضعة للدراسة ومظاهرها من ناحية، واختبار الاتساق الداخلي بين محتوياته ومصداقية أبعاده من ناحية أخرى.

ثانياً: دلالات خاصة بإدارة جودة الخدمة الصحية

١ - في ضوء مقارنة مستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة من جانب المستشفيات والمستوصفات الحكومية بدولة الكويت بتوقعات المرضى يمكن تحديد مستوى جودة هذه الخدمة ، وكذلك الكشف عن مواطن الضعف فيها. وفي ضوء ما كشفت عنه نتائج هذه الدراسة فإن هذه المؤسسات عجزت عن مقابلة توقعات المرضى لمستوى الخدمة الصحية المقدمة ، الأمر الذي يفسر

انخفاض مستوى جودتها. ويرجع هذا إلى عدم قدرة هذه المؤسسات على الوفاء بتوقعات عملائها من حيث الثقة بها والاعتماد عليها، والاستجابة لاحتياجاتهم، والتعاطف والمعاملة الودية معهم، وتوفير الاحساس بالأمان لديهم عند التعامل معها، وأخيراً المظاهر الملموسة في الخدمة المقدمة.

إن أي محاولات لتحسين الجودة الشاملة للخدمة الصحية المقدمة من جانب المستشفيات وغيرها من المراكز والوحدات الصحية الحكومية يجب أن تركز على زيادة القدرة على مقابلة توقعات المرضى الحاليين والمتوقعين لمستوى الخدمة الصحية المقدمة لهم، وذلك من خلال معالجة مجالات القصور في هذا الصدد. واسترشاداً بنتائج الدراسة الحالية، يمكن لهذه المؤسسات أن تعيد تقييم سياستها وخططها الحالية لتكون موجهة إلى تحسين الجودة الكلية للخدمة الصحية المدركة من جانب المرضى، وذلك من خلال تصميم البرامج اللازمة التي تهدف إلى ما يلي:

(أ) تنمية شعور المرضى الحاليين والمتوقعين بالثقة في المؤسسة والاعتماد عليها، وكذلك بالأمان عند التعامل معها. وربما يمكن تحقيق هذا الهدف من خلال ما يلي:

- توفير التخصصات الكافية من الأطباء التي تفي باحتياجات المرضى.

-عقد برامج تدريبية فنية متخصصة للأطباء والعاملين لرفع مستوى الأداء الذي ينعكس على الدقة والمهارة في أداء الخدمة الصحية والثقة بالأطباء، وتقديم الخدمة في مواعيدها، والشعور بالأمان.

- وجود نظام دقيق للمعلومات يشتمل على معلومات كافية ودقيقة عن المرضى ويساعد على توفير المعلومات اللازمة عن كل مريض.

- توفير نظام جيد للمتابعة والتقييم للأداء، مع ضرورة وجود مؤشرات للتقييم الموضوعي لأداء العاملين بشرط أن يكون الهدف تقديم خدمة جيدة للعملاء.

-زيادة دعم الإدار وتأييدها في هذه المؤسسات للأطباء والعاملين من خلال الحفز المادي والاعتراف والتقدير، وذلك بما يساعد على تطوير الأداء.

- التوعية المستمرة للجمهور من خلال وسائل الإعلام حول جودة الخدمة الصحية المقدمة من هذه المؤسسات، وذلك بهدف تحسين الانطباع الذهني لديهم عن المستشفى أو المستوصف الحكومي.

- زيادة فاعلية دور جهاز العلاقات العامة في هذه المؤسسات في تحقيق الترابط مع الجمهور وتحسين صورة المؤسسة في عيون كل مريض أو زائر لها.

(ب) تنمية المهارات السلوكية للأطباء والعاملين بهذه المؤسسات لتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة من خلال تحقيق الاستجابة السريعة لاحتياجات المرضى، والسرعة في تقديم ا لخدمة، والاستعداد للتعاون مع المرضى وتفهم احتياجاتهم، وتقدير ظروفهم والتعاطف معهم، وتوفير

العناية الشخصية لكل فرد من خلال جو من الصداقة والعلاقات الودية والمرح. ويمكن تحقيق ذلك من خلال:

- إقامة البرامج والندوات التدريبية للأطباء والعاملين بالمستشفى/ المستوصف التي تركز على المهارات السلوكية في التعامل مع الجمهور، والاتصال الفعال ، وغيرها.

- تنظيم برامج ثقافية وترفيهية داخلية سواء للمرضى الذين يمكثون فترة طويلة داخل المستشفى أو للعاملين فيه باعتبارهم جمهورها الداخلي.

- الاهتمام ببحث الحالات والمشكلات النفسية والاجتماعية للمرضى ودراستها من خلال وجود إخصائيين في هذه المجالات.

(جـ) تطوير الجوانب الملموسة في الخدمة الصحية وفي مقدمتها الأجهزة والمعدات الطبية، والمباني والتنظيم والترتيب الداخلي للأقسام والوحدات التابعة. بالإضافة إلى الاهتمام بمظهر العاملين بالمستشفى أو المستوصف.

٢ -على الرغم من أن الإدارة في المستشفيات والمستوصفات الحكومية تدرك بدرجة عالية توقعات المرضى لمستوى بعض مظاهر جودة الخدمة الصحية المقدمة، فإن هذا الادراك لم يتم ترجمته في الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للمرضى. وكما أظهرت نتائج هذه الدراسة - على سبيل المثال- فإن الإدارة تدرك ما يتوقعه المرضى بخصوص الحرص على حل مشكلاتهم ، والدقة وقلة الأخطاء، وتوافر التخصصات ذات الكفاءة العالية، والاستعداد للتعاون مع المريض، وضرورة استمرارية متابعة حال المريض، وتوافر الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة. ولكن الأداء الفعلي للخدمة الصحية لا يقابل هذه التوقعات. ويعكس ذلك بوضوح عجز الإدارة في هذه المؤسسات عن مقابلة هذه التوقعات على الرغم من إدراكها لها. وقد يرجع ذلك العجز إما إلى عدم كفاءة الادارة، أو انخفاض مستوى أداء العاملين، أو الاهمال من كليهما ، أو عدم كفاية الميزانية المخصصة للمؤسسة. إن مثل هذه الأسباب المحتملة تستحق الدراسة والتحليل من جانب المسؤولين عن الخدمة الصحية الحكومية عند أي محاولة لتحسين جودة هذه الخدمة.

٣ - هناك مظاهر أخرى خاصة بمستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة من هذه المؤسسات لم تتمكن الإدارة من إدراكها كما يتوقعها المرضى. ومن بين هذه المظاهر - على سبيل المثال - توفيرجو الصداقة والمرح، وتقدير ظروف المريض وحاله والتعاطف معه، والسرعة في تقديم الخدمة، والاستجابة الفورية لاحتياجات المريض، والعناية الشخصية بكل مريض. ويعكس ذلك ما يعرف بقصر نظر الإدارة حيث إنها موجهة بالمفاهيم الإنتاجية وبظروف المؤسسة الداخلية ، وليس بمفاهيم احتياجات ورغبات العملاء. كما يعكس أيضاً عجز الإدارة عن مقابلة توقعات المرضى ولا سيما بالنسبة للمظاهر النفسية والانسانية في الخدمة الصحية. وربمايتجسد ذلك من خلال ما يحدث في الواقع، حيث تفتقر

المستشفيات والمستوصفات والمراكز الصحية الحكومية إلى وجود مثل هذه المظاهر في الخدمة المقدمة.

٤ - يمكن للمسؤولين ومتخذي القرارات الخاصة بالخدمة الصحية في القطاع الحكومي الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في تصميم الاستراتيجيات والسياسات الخاصة بتحسين الجودة الشاملة لمؤسسات الخدمة الصحية التي يجب أن تركز على الجوانب الرئيسية التالية:

- كفاءة الأطباء والعاملين في التخصصات المختلفة.
- تحديث الأجهزة والمعدات والتسهيلات الطبية الأخرى في المستشفيات والمستوصفات والمراكز الصحية.
- وضع احتياجات ورغبات المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
- الاهتمام بالجوانب النفسية والإنسانية في الخدمة الصحية.
- السرعة في أداء الخدمة والاستجابة للمرضى.
- العناية بالعملاء من المرضى.
- المتابعة المستمرة لمستوى أداء الخدمة ورضاء المستفيدين منها.

٥ - أهمية إجراء البحوث والدراسات التسويقية من جانب الإدارة في مؤسسات الخدمة الصحية الحكومية الموجهة بتوقعات المستخدم النهائي للخدمة وإدراكاته. ويعد مقياس الادراكات/ التوقعات من الأدوات الفعالة التي يمكن استخدامها في مثل هذه البحوث للتقييم والحكم على مستوى جودة الخدمة الصحية.

مجالات لدراسات مستقبلية

نظراً لحداثة عملية قياس جودة الخدمة وأهمية استمرارية الدراسات التطبيقية للمقاييس الخاصة بها ، فإن نتائج الدراسة الحالية أظهرت مجالات اهتمام أخرى تستحق الدراسة من جانب الباحثين والمهتمين بقضية جودة الخدمة. وتتمثل مجالات الاهتمام للدراسات المستقبلية المقترحة في الآتي:

١ - لم تقتصر الدراسة الحالية على قياس فجوة واحدة في نموذج SERVQUAL الخاصة بتوقعات/إدراكات العملاء، بل حاولت قياس فجوة أخرى هي الخاصة بإدراكات الإدارة لتوقعات العملاء. وعلى الرغم من ذلك فمازالت هناك ثلاث فجوات أخرى في النموذج نفسه يمكن أن تمتد إليها جهود الباحثين بالتطبيق على الخدمة الصحية. وتشتمل هذه الفجوات التي تستحق الدراسة كلاً من فجوة مواصفات الجودة / وإدراكات الإدارة، وفجوة أداء الخدمة المقدمة/ مواصفات الخدمة،وأخيراً فجوة الاتصالات الخارجية/ أداء الخدمة المقدمة. وتستمد دراسة هذه الفجوات أهميتها من خلال التحقق من فاعليتها في قياس جودة الخدمة الصحية مقارنة بالفجوتين اللتين تمت دراستهما في هذا البحث.

٢ -كما يعد من الاسهامات الضرورية لدعم الجهود البحثية المعاصرة في قياس جودة الخدمة تطبيق مقياس الفجوة بصوره المختلفة على منظمات خدمية أخرى سواء كانت حكومية أم خاصة وذلك للتحقق من درجة ثبات هذا المقياس ومصداقيته وواقعيته في تقييم الجودة الكلية المدركة للخدمة.

٣ - ربما يكون من المفيد امتداد الدراسة الحالية لتشمل قياس رضاء المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة ، وتحديد نوع العلاقة وقوتها بين مستوى الجودة الكلية المدركة لهذه الخدمة ومستويات الرضا عنها. وكامتداد لدراسات سابقة يمكن أيضاً دراسة نوع العلاقة وقوتها بين الجودة الكلية المدركة لهذه الخدمة وبين سلوك الميل إلى تكرار التعامل مع المستشفى أو المستوصف الحكومي.

٤ - يمكن أيضاً أن تمتد جهود الباحثين والمهتمين بجودة الخدمة الصحية إلى قياس جودة الخدمات الداخلية المقدمة للجمهور الداخلي في المستشفى أو المستوصف (الأطباء / العاملين) التي تشمل الخدمات المعاونة مثل خدمة التخدير، والمعلومات، والتدريب وغيرها، وتقييمها، وكذلك تحديد العلاقة بين جودة هذه الخدمات وبين الرضا ومستوى الأداء لكل من الأطباء والعاملين في هذه المؤسسات.

٥ - أخيراً، يمكن تكرار تطبيق مقياس SERVQUAL في دراسة أخرى لجودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية الحكومية الأخرى، كل على حدة، وذلك لتجاوز ما قد يؤخذ على البحث الحالي من احتمالات اختلاف إدراكات وتوقعات المرضى لبعض أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة من كليهما بسبب التباين بينهما في الحجم ونوعية الخدمات المقدمة والمباني وغيرها.

المراجـــع

ثابت عبد الرحمن إدريس وجمال الدين محمد المرسي، ١٩٩٣، قياس جودة الخدمة وتحليل العلاقة بينها وبين كل من الشعور بالرضا والميل للشراء:مدخل منهجي تطبيقي، **مجلة التجارة والتمويل**، كلية التجارة ، جامعة طنطا.

ثابت عبد الرحمن إدريس وجمال الدين محمد المرسي، ١٩٩٥، جودة خدمة المعلومات الفنية وأثرها على رضاء مندوبي البيع والأداء البيعي: دراسة تطبيقية لمفاهيم ومقاييس جودة الخدمة والتسويق الداخلي، **المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة**، كلية التجارة،جامعة عين شمس.

محمود صادق بازرعة، ١٩٨٩، **بحوث التسويق للتخطيط والرقابة واتخاذ القرارات التسويقية**، دار النهضة العربية، القاهرة.

وزارة التخطيط، الادارة المركزية للإحصاء ١٩٩٤، **المجموعة الإحصائية السنوية** ،الكويت.

Aaker, D. and Day, G. 1986. ***Marketing Research***. New York: John Wiley& Sons.

Babakus, E. and Boller, W.G. 1992. An Empirical Assessment of SERVQUAL Scale.

Journal of Business Research, 24 (May):253 - 268.

Babakus, E. and Managlod, G.W. 1992. Adaptiong the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. ***Health Services Resedarch,*** 26 (6) : 676 - 686.

Bagozzi, R.P. 1981. Evaluating Structural Equation Models With Unobservable Variables and Measurement Error: A Comment. ***Journal of Marketing Research,*** 8 (August):375- 381.

Berry, L.L., Zeithaml, V.A. and Parasuraman, A. 1985. Quality Counts in Service Too. ***Business Horizons,*** (May - June):44 - 52.

Bitner, M. 1990. Evaluating Service Encounters : The Effects of Physical Surrounding and Employees Responses. ***Journal of Marketing,*** 54 (April) : 69 - 82.

Bolton, R.N. and Drew, J.H. 1991. A Multistage Model of Customers' Assessment of Service Quality and Value. ***Journal of Consumer Research,*** 17 (4) : 375 - 384.

Borhrinstedt, G. 1983. Measurmement. In : Rossi, P., Wright, J.D. and Anderson, A.B. (eds.) , ***Handbook of Survey Research.*** New York: Academic Press Inc.

Boulding, W., Staelin , K. and Zeithaml, V. 1993. A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intention. ***Journal of Marketing Research,*** *30 (February): 7 - 27.*

Brown, S.W. and Swartz, T. A. 1989. A Gap Analysis of Professional Service Quality. ***Jounal of Marketing,*** 53 (April) : 92 - 98.

Carman, J.M. 1990. Consumer Perceptions of Service Quality : An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. ***Journal of Retailing*** , 66 (1): 33 - 55.

Carmines, E. and Zeller, R. 1979. Reliability and Validity Assessment London: SAGE Publishers, Inc. Series 17 : ***Quantitative Applications In the Social Sciences.***

Churchill, G. A . Jr. 1979. A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs . ***Journal of Marketing Research,*** 16 (February): 64 - 73.

Cronbach, L.j. 1951. Coefficient Alpha and Internal Structure of Tests. ***Psychometrika***, 16 (September): 297 - 334.

Cronbach, L.J. and Furby, L. 1970. How We Should Measure "Change" - Or Should we ? ***Psychological Bulletin***, 74: 68 - 80.

Cronin, J. and Taylor, S. 1992. Measuring Service Quality : A Re-examination and Extension. ***Journal of Marketing*** , 56 (July): 5 - 68.

Cronin, J. and Taylor. 1994. SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance - Based and Perceptions - Minus - Expectations Measurement of Service Quality . ***Journal of Marketing,*** 58 (January): 125 - 131.

Edris, A. Thabet A. and Al - Ghais, Mona R. 1996. Education Service Quality As Perceived by Kuwaiti Consumers: An Application of the SERVPERF Scale. ***Middle East Business Review,*** 1(1): 22-42.

Frank, L. and Sasser, E. 1982. The Incline of Quality. ***Harvard Business Review,*** 60 (September - October): 5 - 73.

Ferguson, J., Higgins, L. and Phllips, G. 1993. How to Evaluate and Upgrade Technical Service . ***Industrial Markiting Management,*** 22: 187 - 193.

Gavin, A. 1983. Quality on the Line. ***Harvard Business Review,*** 51 (September - October):5 - 73.

Gideon, V. 1979. Coefficient of Reliability Alpha. ***Journal of Marketing Research,*** 11 (May): 194 - 195.

Gronroos, C. 1984. A Service Quality Model and Its Marketing Implications. ***European Journal of Marketing,*** 18 : 31 - 44.

Katchigan, S. 1986. ***Statisical Analysis - An Interdisciplinary Intoroduction to Univariate & Multivariate Methods***. New York: Radius Press.

Le Blanc, G. and Nguyen, N. 1988. Customers' Perceptions of Service Quality in Financial Institutions. ***International Journal of Bank Marketing,*** 6(4) : 7 - 18.

Lehtinen, J.R. and Lehtinen, O. 1982. ***Service Quality : A study of Qualtiy Dimensions. Unpublished Working Paper,*** Helsinki: Service Management Institute.

Lewis, R.and Booms, B. 1983. The Marketing Aspects of Service Quality. In: Berry, G. *et al* (eds.), Emerging Perspectives on Service Marketing. Chicago: ***American Marketing Association:*** 99 - 107.

McAlexander, J. Kaldenberg, D. and Koeing, H. 1994. Service Quality Measurment.

Journal of Health Care Mareting, 14 (3) : 34 - 40.

McConnell, D. 1968. Effects of Pricing on Perception of Product Quality. ***Journal of Applied Psychology,*** 52 (August) : 300 - 303.

Nel, D. and Pitt, L. 1993. Service Quality in a Retail Environment: Closing the Gaps. ***Journal of General Management,*** 18 (3) : 37 - 56.

Nunnally, C.J. 1978. ***Psychometric Methods.*** New York: Harper and Row.

O'Connell, L. 1986. Achieving Quality Service in Your Store Credit Operations. ***Retail Control,*** 2 (November): 56 - 64.

Parasuraman, A., Zeithaml,V.A. and Berry, L.L. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. ***Journal of Marketing*** 49 (Fall): 41 - 50.

Parasuraman, A., Zeithaml,V.A. and Berry, L.L. 1988. SERVQUAL: a Multi - Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. ***Journal of Retailing,*** 64 (1) : 12 - 37.

Parasuraman, A., Zeithaml,V.A. and Berry, L.L . 1990. Guidelines for Conducting Service Quality Research. ***Journal of Marketing Research,*** (December): 34 - 44.

Parasuraman, A., Zeithaml,V.A. and Berry, L.L . 1993. More on Improving Service Quality Measurement . ***Journal of Retailing,*** 69 (Spring): 140 - 147.

Parasuraman, A., Zeithaml,V.A. and Berry, L.L . 1994. Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality : Implications for Future Research. ***Journal of Marketing,*** 58 (January): 111 - 124.

Peter, P. 1981. Construct Validity: A Review of Basic Issues and Marketing Practices. ***Journal of Marketing Research,*** 18 (May): 133 - 145.

Phillips, L., Change, D. and Buzzll, D. 1983. Product Quality, Cost Postion and Business Performance : A Test of Some Key Hypotheses. ***Journal of Marketing,*** 47 (Spring): 26 - 43.

Richaradson, B. and Robinsons, C. 1986. The Impact of Internal Marketing on Consumer Service in a Retail Bank. ***International Journal of Bank Marketing,*** 4 (5) : 3 - 30.

Samson, R. and Parker, R. 1994. Service Quality: The Gap in The Australian Consulting

Engineering Industry. ***Industrial Journal of Quality and Reliability Management,*** 11 (7) : 60 - 76.

Sasser, W. Olson, R. and Wychoff, D. 1978. ***Management of Service Operations: Test and Cases.*** Baston: Allyn & Bacon.

Shapiron, C. 1983. Preminums for High Quality Products as Returns to Reputations. ***Quarterly Journal of Economics,*** 98 (November): 659 - 679.

Siegel, S. and Castellan, N. 1988. ***Non - Parametric Statistics.*** New York: McGraw - Hill Book Co.

SPSS/ PC+ Manual. 1988. ***Advanced Statistics.*** Chicago: SPSS Inc.

Stover, R. and Stone, W. 1974. Hand Delivery of Self - administered Questionnaires. ***Public Opinion Quarterly***, 37 (Summer): 284 - 287.

Sudman , S. 1976. ***Applied Sampling .*** New York: Academic Press.

Sudman, S. 1980. Improveing the Quality of Shopping Centre Sampling. ***Jounral of Marketing Research,*** 17 (November): 423 - 431.

Swan, j. and Camb, L. 1976. Product Performance and Consumer Staisfaction: A New Concept. ***Journal of Marketing***, (April): 60 - 67.

Tabachnick,B. and Fidell, L. 1983. ***Using Multivariate Statistics.*** New York: Harper & Row.

Teas, K. 1993. Expectations, Performance Evaluation and Comsumers' Perceptions of Quality. ***Jounal of Marking,*** 57 (October): 18 - 34.

Teas, K. 1994. Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessment of a Reassessment . ***Journal of Marketing*** , 5 (1) : 35 - 46.

Wall, T. D. and R. Payne. 1973. Are Deficiency Scores Deficient? ***Journal of Applied Psychology,*** 58 (3) : 322 - 326.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry, L.L. 1988. Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. ***Journal of Marketing,*** 52 (2) : 35 - 48.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry, L.L. 1990. ***Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations***. New York: The Free Press.

ثابت عبد الرحمن إدريس (دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، جامعة شيفيلد، المملكة المتحدة،١٩٨٩)، أستاذ مساعد، قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة المنوفية، جمهورية مصر العربية، معار حالياً إلى جامعة الكويت، له اهتمامات بحثية في مجال سلوك المستهلك، وتسويق الخدمات، وقياس جودة الخدمة، والتسويق المصرفي، وتطبيقات أساليب تحليل المتغيرات المتعددة في بحوث التسويق.

ABSTRACTS OF ARABIC ARTICLES PUBLISHED IN THIS ISSUE

MEASURING SERVICE QUALITY USING THE PERCEPTIONS-MINUS-EXPECTATIONS SCALE: A METHODOLOGICAL APPROACH AND AN APPLICATION ON THE HEALTH CARE SERVICE IN THE STATE OF KUWAIT

THABET A. EDRIS
Kuwait University

This Study investigates the applicability and efficacy of the perceptions minus-expectations scale (SERVQUAL) within the domain of health care services provided by public hospitals and other health centers in Kuwait. The results reveal that there is a negative gap between Kuwaiti patient's expectations and management's perceptions of these expectations with respect to certain aspects of the quality of health care service, including empathy, responsiveness, tangibles, and assurance. Another gap is found between patient's perceptions and expectations with regard to all aspects of the quality of health care service. The SERVQUAL scale is found in this study as an applicable measure of the quality of health care service in terms of its reliability, dimensionality, and validity. It explains significantly a reasonable percentage of the overall perceived quality of this service. It also enables identifying the key determinants of the overall perceived quality of health care service. The study suggests several implications for public policy makers in the state of Kuwait to improve the overall quality of the health care service provided by public hospitals and any other health centers.